

Agradecimentos

Ao longo deste trabalho houve partilha de conhecimentos e experiências com várias pessoas e entidades sem as quais, este estudo, não era possível.

A todas as mulheres com IU que se disponibilizaram a participar no estudo.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Cláudia Chaves e Mestre Ana Andrade por todo o apoio e orientação durante as etapas que foram percorridas nesta investigação.

Aos colegas de mestrado que para além do trabalho proporcionaram bons momentos de descontração.

Aos colegas de trabalho pela atenção e pelo incentivo, Paula Marques, Pureza Carmo, Ana Cristina, Alexandra Cabral e Edmundo.

Ao meu filho, aos meus pais, ao meu marido, por tudo o que sou...

Resumo

Enquadramento: O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, sendo mais frequente nas mulheres, o que coloca a queda como um dos grandes problemas de saúde pública (Blanco, 2007 & DGS, 2012). Alguns fatores sobrepõem-se a outros havendo necessidade de entender quais os fatores responsáveis por uma queda. Sherrington, Hylton e Close (2007), referem como fatores predisponentes das quedas nas mulheres outra síndrome geriátrica: a incapacidade de controlo da função urinária.

Objetivos: Pretendemos avaliar a prevalência de IU nas mulheres com idade superior ou igual a 65 anos residentes na comunidade Campo/Caramulo; verificar se a IU aumenta o risco de quedas; saber em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam o risco de quedas nas idosas com idades \geq a 65 anos; avaliar o efeito das variáveis «características clínicas» sobre o risco de quedas nas idosas com idades superior ou igual a 65 anos; avaliar qual o impacto que a IU assume no risco de quedas nas mulheres idosas que recorrem à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Campo/Caramulo.

Métodos: Estudo exploratório, descritivo e transversal com uma componente correlacional. A amostragem é não-probabilística por conveniência, constituída por 68 mulheres idosas entre os 65 e os 95 anos de idade. O instrumento de colheita de dados permite a caracterização sociodemográfica, clínica, obstétrica e ginecológica e ainda avalia impacto de incontinência urinária (IU), atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e o risco de quedas das mulheres.

Resultados: Realça-se que 52,9% das mulheres têm companheiro e 38,2 % tem baixa escolaridade, 83,8% das mulheres estão inativas/reformadas e apenas 16,2% estão em atividade. Ao longo da vida, as suas profissões foram distribuídas por trabalhos não qualificados (58,8%); A zona de residência é maioritariamente rural (67,6%). Vivem em casa própria (66,2%) ou num lar (25%) e vivem com companhia (82,4%). As mulheres realçam um impacto de IU muito grave (35,3%) e 26,5% IU moderada. As mulheres sem companheiro tendem a ter IU muito grave e as mulheres com companheiro tendem a ter IU leve. As mulheres que têm impacto de IU grave ou muito grave usam mais pensos absorventes diariamente.

A nível de dependência 41,2% das mulheres classifica-a como moderada; 19,1% têm dependência severa e 39,7% são independentes. As mulheres com dependência severa tendem a ter idades entre os 75 e os 95 anos e vivem sem companheiro. As mulheres com dependência severa têm escolaridade baixa. As mulheres independentes residem em zonas urbanas. As mulheres que vivem no lar tendem a ter um nível de dependência severo comparativamente às que vivem em casa própria ou arrendada. As mulheres com infeções urinárias apresentem uma dependência moderada. As mulheres com menos micções são independentes enquanto as que têm mais de 2 micções noturnas têm uma dependência moderada. Pôde observar-se que 50% das mulheres têm um risco de quedas elevado; 32,4% têm um risco baixo e 17,6% não apresentam risco de quedas. As mulheres com ensino secundário ou superior não têm risco de quedas. As mulheres sem perda de urina não têm risco de quedas. Quanto maior o impacto da IU das mulheres maior é o seu grau de dependência nas AIVD. Os determinantes do risco de quedas nas mulheres idosas residentes na comunidade Campo/Caramulo são as habilitações literárias, a perda de urina e o impacto da IU com um peso preditivo de 9,3%.

Conclusão: A incontinência urinária (IU) continua a ser um problema que afeta muitas mulheres idosas, não apenas em relação à gravidade da sintomatologia mas também ao impacto psicológico e social, estando relacionada com a forma como lesa as atividades de vida diária. Após identificação dos fatores relacionados pode-se avançar com estratégias de prevenção e minimização do problema.

Palavra-Chave: Atividades instrumentais de vida diária; Incontinência urinária; Risco de quedas; Saúde da mulher; Envelhecimento.

Abstract

Framework: The risk of falls in women increases substantially with aging, which can be considered one of the biggest health problems (Blanco, 2007 & DGS, 2012). Some factors can be more important than others and there is the need to understand which ones are the most relevant. Sherrington, Hylton and Close (2007), refer as main causes of women's falls another geriatric syndrome: the incapacity to control urinary functions.

Objective: We intend to evaluate the prevalence of UI in the women aged 65 years old or more living in the community Campo/Caramulo; We also aim to verify whether UI increases the risk of falls; to know in what measure demography influences the risk of falls in seniors with ages superior or equal to 65 years old; to evaluate the effect of the clinic variables and urinary incontinence on the risk of falls in seniors with ages superior or equal to 65 years old; to evaluate the impact that UI assumes in the risk of falls in senior women that go through Personalized Healthcare Unity (UCSP) Campo/Caramulo.

Methods: A descriptive and traverse exploratory study was delineated with a cause-effect relation. The sampling is not probabilistic for convenience, consisting of 68 women aged between 65 to 95 years of age. The instrument for data collection allows the social demographic, clinical obstetric and gynecological characteristics, and still evaluating the impact of urinary incontinence (UI), instrumental activities of daily living (IADL) and the risk of falls among women.

Results: It is important to emphasize that 52% of women have a partner and 38% have low schooling, 83, 8% of women are inactive or are pensioners and only 16,2% are active. Through their lives they had non qualifying jobs (58, 8%); their living area is mainly rural (67, 6%). They own their own houses (66, 2%) or live in public Homes (25%) and 82, 4 % live with someone.

Most of the women present an impact of very serious UI (35,3%); 26,5% moderate IU; 14,7% light IU and 11,8% serious IU. Women without companion tend to have very serious IU and women with companion tend to have light IU. Women who have serious or very serious UI impact use more drip collectors or pads daily.

Most of the women present a level of moderate dependence (41,2%); 19,1% have severe dependence and 39,7% are independent. Women with severe dependence tend to have ages between the 75 and the 95 years and they live without a male companion. Women with severe dependence have low education. Independent women live in urban areas. Women who live in homes tend to have a severe dependency level comparatively to the ones that live in their own houses. Women with urinary infections present a moderate dependency. Women with less urinations are independent while the ones that have more than 2 urinations per night have a moderate dependency. Women with moderate dependency tend to use more than 2 leanings. Women that have a moderate dependency never carry weight superior to 3 kg.

It could be observed that 50% of the women with UI have a high risk of falls; 32,4% have low risk and 17,6% don't present risk of falls. Women with secondary or superior education don't have risk of falls. Women without urine loss don't present risk of falling. As larger the impact of UI in adult women, the larger is his/her dependency degree in AIVD. As larger the impact of UI is in women, the risk of falls increases and it has a predictive impact of 9,3%.

Conclusion: Urinary incontinence (UI) is still a problem that affects many older women, not only in relation to the severity of symptoms but also the psychological and social impact, and relates to the way damages the activities of daily living. After identification of related factors can proceed with strategies to prevent and minimize the problem.

Key words: Instrumental activities of daily life; Urinary incontinence; Risk of falls; women's health; Aging.

Índice Geral

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	ix
Índice Geral.....	xi
Índice de Tabelas.....	xiii
Índice de Quadros.....	xvii
Índice de Figuras.....	xvii
Anexos / Apêndices.....	xvii
Abreviaturas e Siglas.....	xix
Introdução.....	23
Capítulo 1. Risco de Quedas.....	31
1.1. Fatores de Risco.....	32
1.1.1. Fatores de risco intrínsecos.....	33
1.1.2. Fatores de risco extrínsecos.....	37
Capítulo 2. Incontinência Urinária.....	39
2.1. Fatores de Risco.....	39
2.2. Classificação da Incontinência Urinária.....	41
Capítulo 3. Metodologia.....	49
3.1. Métodos.....	49
3.2. Participantes.....	52
3.2.1. Critérios de Inclusão e Exclusão na Amostra.....	53
3.3. Instrumento.....	54
3.3.1. O Questionário.....	54
3.4. Procedimentos.....	58
3.5. Análise de Dados.....	59
3.5.1. Estatística Descritiva.....	59
3.5.2. Estatística Inferencial.....	59
Capítulo 4. Apresentação dos Resultados.....	61

4.1. Análise descritiva	61
4.1.1. Caracterização Sociodemográfica	61
4.1.2. Caracterização Obstétrica	63
4.1.3. Caracterização do Estado Clínico	65
4.1.4. Caracterização Ginecológica	66
4.1.5. Impacto de Incontinência Urinária (IU)	68
4.1.5.1. Impacto da IU em função das variáveis sociodemográficas	69
4.1.5.2. Impacto da IU em função das variáveis obstétricas	72
4.1.5.4. Impacto da IU em função das variáveis clínicas	75
4.1.5.3. Impacto da IU em função das variáveis ginecológicas	76
4.1.6. Atividades Instrumentais da Vida Diárias (AIVD)	79
4.1.6.1. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis sociodemográficas	80
4.1.6.2. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis obstétricas	84
4.1.6.3. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis clínicas	86
4.1.6.4. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis ginecológicas	87
4.1.7. Risco de Quedas	90
4.1.7.1. Risco de Quedas em função das variáveis sociodemográficas ...	92
4.1.7.2. Risco de Quedas em função das variáveis obstétricas	95
4.1.7.3. Risco de Quedas em função das variáveis clínicas	97
4.1.7.4. Risco de Quedas em função das variáveis ginecológicas	98
4.2. Análise inferencial	101
Capítulo 5. Discussão dos Resultados	105
5.1. Análise interpretativa dos resultados	105
Conclusões	117
Bibliografia	123

Índice de Tabelas

Tabela 2. Estatística descritiva da idade.	61
Tabela 3. Caracterização em função da idade, estado civil e habilitações literárias.	62
Tabela 4. Caracterização sociodemográfica em função da situação profissional, profissão e residência.	62
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica em função da situação profissional, profissão, residência, onde vive e com quem vive (Cont.).....	63
Tabela 6. Análise descritiva do IMC.....	63
Tabela 7. Caracterização obstétrica.....	64
Tabela 8. Caracterização obstétrica (Cont.).....	64
Tabela 9. Caracterização obstétrica (Cont.).....	65
Tabela 10. Caracterização do estado clínico.....	66
Tabela 11. Caracterização ginecológica em função da perda de urina, infecções urinárias e vaginais, cirurgia de correção e quantidade de mições.....	67
Tabela 12. Caracterização ginecológica em função do uso de pensos absorventes, obstipação e do transporte de pesos superiores a 3Kg.....	68
Tabela 13. Análise descritiva do impacto de incontinência urinária.....	68
Tabela 14. Níveis do impacto de incontinência urinária.....	69
Tabela 15. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da idade e estado civil.....	70
Tabela 16. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da habilitação literária.....	70
Tabela 17. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da profissão.	71
Tabela 18. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da residência.	71
Tabela 19. Níveis do impacto de incontinência urinária em função de onde vive e com quem vivem.	72
Tabela 20. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do IMC.....	73

Tabela 21. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do nº de gravidezes.	73
Tabela 22. Níveis do impacto de incontinência urinária em função nº de filhos, tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura.	74
Tabela 23. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do nº de horas de trabalho de parto e local onde foi realizado.	75
Tabela 24. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da toma de medicação e face ao motivo que recorre ao serviço de saúde.	76
Tabela 25. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da perda de urina, nº de anos de perda e existência de infeções urinárias e vaginais.	77
Tabela 26. Níveis do impacto de incontinência urinária em função das micções e uso de pensos absorventes e do transporte de pesos superiores a 3Kg.	78
Tabela 27. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da obstipação.	79
Tabela 28. Análise descritiva das atividades instrumentais da vida diária.	79
Tabela 29. Níveis das atividades instrumentais da vida diária.	80
Tabela 30. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da idade e estado civil.	81
Tabela 31. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da habilitação literária.	81
Tabela 32. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da profissão.	82
Tabela 33. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da residência.	83
Tabela 34. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função de onde vive e com quem vivem.	83
Tabela 35. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do IMC, nº de gravidezes.	84
Tabela 36. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do nº de filhos, tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura.	85
Tabela 37. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do nº de horas de trabalho de parto e o local do parto.	86
Tabela 38. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função dos motivos porque recorre ao serviço de saúde e face à toma de medicação.	87

Tabela 39. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da perda de urina, do nº de anos de perda, da existência de infecções urinárias.	88
Tabela 40. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função das micções/dia e por noite e uso de pensos absorventes.	89
Tabela 41. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do transporte de pesos > 3Kg.	90
Tabela 42. Análise descritiva do risco de quedas.....	91
Tabela 43. Níveis do risco de quedas.....	91
Tabela 44. Níveis do risco de quedas em função da idade e estado civil.....	92
Tabela 45. Níveis do risco de quedas em função da habilitação literária.	93
Tabela 46 Níveis do risco de quedas diária em função da profissão.....	93
Tabela 47. Níveis do risco de quedas diária em função da residência.	94
Tabela 48. Níveis do risco de quedas m função de onde vive e com quem vivem.	94
Tabela 49. Risco de quedas em função do IMC e nº de gravidezes.....	95
Tabela 50. Risco de quedas em função do do nº de filhos, tipo de parto e laceração.	96
Tabela 51. Risco de quedas em função do nº de horas de trabalho de parto e local onde foi realizado.	97
Tabela 52. Risco de quedas diária em função dos motivos que recorrem ao serviço de saúde e face à toma de medicação.....	98
Tabela 53. Risco de quedas em função da perda de urina, nº de anos de perda e existência de infecções urinárias.	99
Tabela 54. Risco de quedas em função das micções e uso de pensos absorventes.	100
Tabela 55. Risco de quedas em função do transporte de pesos > 3Kg e da obstipação.	101
Tabela 56. Matriz de correlação entre o risco de quedas, o impacto de IU e as AIVD.	102

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema conceptual de base.	52
--	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Representação gráfica dos níveis do impacto da IU.	69
Gráfico 2. Níveis de dependência das atividades de vida diária.	80
Gráfico 3. Representação gráfica dos níveis do risco de quedas.	91

Índice de Quadros

Quadro 1. Regressão múltipla entre o risco de quedas, o impacto de IU e as AIVD.	103
---	-----

Anexos / Apêndices

Anexo 1. Questionário/Escalas	135
Anexo 2. Pedido de autorização ao Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões para aplicação dos questionários.	139
Anexo 3. Pedido de autorização à Comissão de Ética.	141

Abreviaturas e Siglas

% – Frequência relativa;

AINH – Anti-inflamatórios não hormonais

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APNUG – Assembleia Geral da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia Geriátrica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

Dp – Desvio Padrão;

ICIQ – Escala do Impacto da Incontinência Urinária;

IMC – Índice de Massa Corporal

IPSS – Instituição Portuguesa de Solidariedade Social

IU – Incontinência Urinária;

QVd – Qualidade de Vida Diária

M – Média;

N – Amostra;

n – Frequência absoluta;

p – probabilidade;

p. – Página

R – Coeficiente de Correlação;

SPSS – Statistic Package for Social Sciences;

β – Coeficientes Beta;

t – Teste t

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

“Por muito bem que estejam organizadas as fundações da vida,
a vida comporta sempre riscos.”

Havelock Ellis

Introdução

Um dos grandes desafios das sociedades modernas é a preocupação com a vivência e a sustentabilidade numa sociedade em que se vive cada vez mais e se nasce cada vez menos. Assiste-se no mundo a um envelhecimento acelerado em que se vivencia uma perspectiva para 2060 na união Europeia de um aumento de 30% de pessoas idosas com mais de 65 anos (Direção Geral de Saúde, 2012).

No processo de envelhecimento ocorrem alterações em diferentes órgãos e sistemas do organismo, levando também à diminuição de capacidades a vários níveis como a adaptação, a eficácia e a funcionalidade.

O envelhecimento não deve ser encarado como um problema, mas sim fazendo parte natural do ciclo de vida, que apesar de ser um processo gradual, irreversível e incontável, em que existe um declínio das funções fisiológicas, não significa necessariamente incapacidade, mas à medida que as pessoas idosas envelhecem mais as probabilidades de sofrerem lesões causadas por acidentes aumentam (Organização Mundial da Saúde, 2012).

O fator mais importante na manutenção da qualidade de vida para a pessoa idosa é a independência funcional, a qual está direcionada para manter os idosos pró-ativos na comunidade, preservando a sua autonomia na execução das atividades da vida diária (Mendes, 2008). A avaliação funcional é um indicador que mede se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Os acidentes não intencionais são uma importante causa de mortalidade, morbidade e incapacidade com grandes implicações na saúde e qualidade de vida das pessoas idosas (DGS, 2012).

As quedas fazem parte destes acidentes e são as causas do aumento do nível da dependência das mulheres idosas, podendo por isso afetar a capacidade funcional das mesmas. Este evento é motivo de preocupação porque pode trazer repercussões desastrosas, devido aos traumas/lesões que levam à perda da autonomia, aumentando por isso a dependência, tendo como consequência o aumento de trabalho, preocupação e ansiedade para o cuidador e seus familiares (Araújo, Machado, Oliveira, 2009).

“A queda pode ser definida como um evento descrito pela vítima ou uma testemunha, em que a pessoa inadvertidamente vai ter ao solo ou a outro local em nível

mais baixo que o anteriormente ocupado, com ou sem perda de consciência e lesão” (Rubenstein et al., 1990, citado por Freitas & Lígia, 2011).

Existem vários fatores de risco e múltiplas causas que interferem e interagem como agentes determinantes e predisponentes, tanto para as quedas recorrentes, quanto para as quedas acidentais, conduzindo os profissionais de saúde, ao grande desafio de identificar e agir sobre os fatores de risco comportamentais e tratar os fatores etiológicos e comorbilidades presentes. O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, até aos 85 anos aproximadamente, sendo mais frequente nas mulheres, o que coloca a queda como um dos grandes problemas de saúde pública (Blanco, 2007 & DGS, 2012).

Nos mais velhos, “30% a 60% vivendo na comunidade sofrem quedas anualmente, com aproximadamente metade experimentando quedas múltiplas” (Freitas et al., 2011).

Nos Cuidados de Saúde Primários o ato de evitar o evento da queda é considerado hoje uma boa prática geriátrico – gerontológica e constitui um dos indicadores de qualidade dos serviços destinados sobretudo a prevenir a incapacidade dos idosos. É muito importante identificar os indivíduos de risco, existindo fatores de predição do risco individual tais como a idade, história de quedas, problemas de mobilidade e a dependência funcional (DGS, 2012). Estes fatores, na maioria das vezes, são multifatoriais, ou seja, estão relacionados, por um lado, com o próprio indivíduo, sendo chamados fatores intrínsecos, e por outro, com o seu meio ambiente, focando a atividade que desenvolviam nesse momento, sendo chamados, por isso, de fatores extrínsecos (Blanco, 2007).

Outros autores referem que os fatores desencadeadores das quedas podem ser organizados em quatro categorias: biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos (Rose, 2010, citado por Almeida, 2011). Na sequência de identificação dos fatores de risco (Moreira, Rodrigues, C., Rodrigues, F., Pereira & Calda, 2007), fazem referência às síndromes demenciais, aos *deficits* visuais, cognitivos e auditivos, às iatrogêneses, à instabilidade postural, à incontinência urinária e a outras situações.

Com o passar da idade, alguns fatores sobrepõem-se a outros, por isso há necessidade de se entender quais os fatores responsáveis por uma queda. Segundo Lord, Sherrington, Hylton e Close (2007), referem como fatores predisponentes das quedas nas mulheres outra síndrome geriátrica: a incapacidade de controlo da função urinária.

A incontinência urinária caracteriza-se pela perda involuntária de urina, sendo mais frequente nos idosos e afeta cerca de um terço dos mesmos, alterando assim a sua qualidade de vida. Leva também ao aparecimento de problemas adicionais de saúde tais como quedas e fraturas, já que está relacionada com a necessidade excessiva de ir à casa de banho (Campos, 2008).

Segundo o Presidente da Assembleia Geral da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia Geriátrica (APNUG), a incontinência urinária (IU) resulta da incapacidade em armazenar e controlar a saída de urina, considerando-a uma situação patológica (Dinis, 2013). Esta patologia é considerada uma das novas “epidemias” do século XXI, afeta mais as mulheres de meia- idade e idosas, sendo mais frequente na menopausa e atinge cerca de 25% das mulheres (Botelho, Silva & Cruz, 2007). Outros autores acrescentam ainda que a IU é outro “gigante da geriatria”, e pode provocar prejuízos sociais como depressão, redução da autoestima, afastamento de atividades sociais e mesmo do relacionamento íntimo (Chaimowicz, 2013).

A associação Portuguesa de Urologia, 2013 refere que na população portuguesa se prevê a existência de 600 mil incontinentes nos diferentes segmentos etários. Preveem também que em 2050 se verifique um aumento de 55% de mulheres com IU, devido à tendência do aumento do envelhecimento populacional (Associação Portuguesa de Urologia, 2010).

Um estudo que avalia a frequência urinária diária e semanal em cerca de seis mil mulheres, indicou que as pacientes com urge-incontinência semanal têm um risco acrescido de 26% de queda e de 34% de fratura. Quando a análise passa de semanal para diária os índices de risco aumentam para 35% e 45% respetivamente. Conclui-se que as mulheres, para evitarem episódios de incontinência perante a urgência em urinar, corram para a casa de banho originando que aí ocorram com mais frequência as quedas (Campo, 2008).

O mesmo autor acrescenta ainda que esta doença é responsável por uma elevada morbidade levando à candidíase perineal, celulite, úlcera de pressão, infeção do trato urinário, urosépsis, queda, fraturas e interrupção do sono.

A epidemiologia tem identificado os fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento da IU em mulheres tais como: cirurgias abdominais ou cirurgias pélvicas extensas, a gravidez e os partos (particularmente por via vaginal, se a episiotomia não consagrar a proteção almejada). São ainda referidos acidentes vasculares cerebrais, traumas na região pélvica, tumores medulares, doença de

Parkinson e esclerose múltipla (Rodrigues, 2011, citado por Botelho & Cruz, 2007; Yip & Cardozo, 2007; Higa & Reis, 2008; Byles Miller & Sibbrit, 2009 & Gomes, 2009).

A paridade não foi fortemente associada com o desenvolvimento de incontinência nas mulheres mais velhas. Outros fatores parecem estar mais associados a problemas de incontinência tais como: fatores ginecológicos, incluindo cirurgia ginecológica. Referem ainda que existem fortes associações entre a IU e o índice de massa corporal ou a obstipação (Chiarelli, Mackenzie, & Osmotherly, 2009).

Ao contrário dos autores acima citados (Botelho, 2007; Rodrigues, 2011), referem que a obstipação é um fator de menor impacto assim como a obesidade.

Na mulher idosa a frequência das idas à casa de banho durante a noite aumenta, alterando por isso a higiene do sono. Esta atividade deve ser objeto de preocupação porque está diretamente relacionada com o aumento do risco de quedas e fraturas (Feula, Souza, Vidmar, Wibelinger, 2010). Este fenómeno é reforçado por Chiarelli et al (2009), quando afirmam que a necessidade de correr para a casa de banho está associada ao risco de quedas, principalmente na incontinência urinária de urgência.

Como enfermeira que trabalha no âmbito dos cuidados de saúde primários - Unidade de Cuidados Personalizados Campo/Caramulo e que cuida de uma comunidade essencialmente idosa, as síndromes geriátricas fazem parte das preocupações diárias como profissional de saúde e por isso, a necessidade de reflexão sobre estas duas temáticas. Perante esta inquietação surgiu interesse em desenvolver um estudo que desse resposta à pergunta de partida: “Existe relação entre o risco de quedas e a incontinência urinária nas mulheres idosas com idade superior a 65 anos residentes na comunidade?”

Estudos relacionados com as quedas em mulheres idosas, referem a idade como um dos fatores predisponentes para a IU. Assim surgiu necessidade de identificar as mulheres com idade \geq a 65 anos idosas que recorreram à unidade de saúde (UCSP Campo/Caramulo) para tratamento de lesões resultantes de quedas, e verificar se estas, estariam relacionadas com a IU. As quedas, por vezes não são valorizadas tanto pela vítima como pelos familiares, pois assumem-na como fazendo parte do processo do envelhecimento e o mesmo se passa em relação à IU.

De modo a dar resposta à questão colocada e a toda a problemática que a envolve delineamos os seguintes objetivos:

- Avaliar a prevalência de IU nas mulheres com idade \geq a 65 anos residentes na comunidade Campo/Caramulo.

- Avaliar a prevalência de quedas nas mulheres com idade \geq a 65 anos residentes na comunidade Campo/Caramulo.
- Verificar se a IU aumenta o risco de quedas.
- Em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam o risco de quedas nas idosas com idades superior ou igual a 65 anos.
- Avaliar o efeito das variáveis características clínicas e incontinência urinária sobre o risco de quedas nas idosas com idades superior ou igual a 65 anos.
- Avaliar o impacto que a incontinência urinária assume no risco de quedas nas mulheres idosas que recorrem a UCSP Campo/Caramulo.

Para o efeito delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal com uma componente correlacional. A amostragem é não probabilística, e foi selecionada por conveniência junto da comunidade, tendo como limitação a generalização das conclusões para a população portuguesa.

Desta forma, configura-se o formato do trabalho e identificam-se sumariamente os elementos que o constituem:

I Parte – Enquadramento Teórico

No Capítulo um apresentamos uma base conceitual acerca do risco de quedas, com a apresentação dos fatores de risco.

O Capítulo dois tem como objetivo analisar e realçar os aspetos inerentes à incontinência urinária

II Parte – Investigação Empírica

O Capítulo três reserva-se para a metodologia.

No ponto um, faz-se a formulação do problema, definição de objetivos, operacionalização das variáveis, formulação das hipóteses de estudo e, ainda, o desenho de investigação. No ponto dois, caracterizam-se os participantes e os critérios de inclusão na amostra. No ponto três, descreve-se o instrumento a utilizar, nomeadamente as escalas psicométricas. No ponto quatro, apresentam-se os procedimentos metodológicos e éticos da recolha de dados. No ponto cinco, especificam-se os testes estatísticos que se vão utilizar quer em termos descritivos como inferenciais.

No Capítulo quatro apresentam-se os resultados, com recurso a tabelas e gráficos para melhor visualização dos mesmos.

No Capítulo cinco discutem-se os resultados comparando-os com outros estudos e autores.

Terminamos com as conclusões do trabalho e com as referências bibliográficas.

O final enquadró os anexos e apêndices do trabalho, nomeadamente o questionário aplicado às mulheres e algumas tabelas com dados que nos pareceram extensos para estarem incluídos no texto.

**I PARTE – ENQUADRAMENTO
TEÓRICO**

Capítulo 1. Risco de Quedas

O processo de envelhecimento leva a alterações no organismo humano como a diminuição da visão, da audição, distúrbios músculo-esqueléticos, proprioceptivos e vestibulares, favorecendo as quedas que, em idades cada vez mais avançadas, ocorrem com alguma frequência, principalmente nas mulheres (Feula, Souza, Vidmar, Wibelinger, 2010). Os idosos que caem mais de uma vez têm cerca de três vezes mais probabilidades de cair novamente. Mais de um terço das pessoas idosas sofre pelo menos uma queda ao ano. Decorrentes das quedas surgem as lesões que geram significativas limitações físicas e psicológicas aos idosos. “O valor percentual referente à queda nos idosos com mais de 65 anos de idade é aproximadamente 28% a 35% a cada ano (2-4), este valor percentual aumenta para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos (5-7)”, revelando que a frequência da queda aumenta com a idade e com o nível de fragilidade (OMS, 2010).

A queda é definida como “um deslocamento não intencional do corpo a um nível inferior em relação à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais e comprometendo a estabilidade” (Buksman, Vilela, Pereira, Lino & Santos, 2008).

Em 2012, a OMS alertou para o facto de a queda ser considerada a segunda causa de morte por lesão acidental ou não intencional em todo o mundo a seguir aos acidentes rodoviários.

Anualmente ocorrem quatrocentos e vinte e quatro mil quedas fatais. A problemática das quedas é comum a todos os países onde o envelhecimento atinge idades cada vez mais avançadas. Porém é diferente o número de quedas por idosos e a sua gravidade entre países. Nos países com baixos e médios rendimentos apresentam uma maior prevalência de quedas, isto é, cerca de 80% das mortes estão relacionadas com a queda. No entanto, é comum também em todos os países que as quedas fatais aumentem com a idade, atingindo uma maior incidência aos 85 anos de idade. Este aspeto deverá desencadear um aumento substancial de quedas e dos ferimentos a elas relacionados, em níveis alarmantes, isto porque, o número de quedas aumenta em magnitude à medida que o número de adultos mais velhos aumenta, em muitas nações do mundo, (WHO, 2007, citado por Almeida, 2011 & OMS, 2010). A variável idade é

considerada como sendo um dos principais fatores de risco para a queda (OMS, 2012). Este evento pode sinalizar o início do declínio da capacidade funcional, ou a sintomatologia de uma nova doença (Buksman et al., 2008).

1.1. Fatores de Risco

O envelhecimento populacional é um desafio à prevenção das quedas, que ocorrem como resultado de uma complexa interação de fatores de risco que refletem a diversidade de determinantes de saúde que, direta ou indiretamente, afetam o bem-estar dos idosos.

O Relatório Global da OMS (2010) classifica os principais fatores de risco em quatro dimensões: biológica, comportamental, ambiental e fatores socioeconômicos.

Os fatores de risco biológico englobam características dos indivíduos que estão relacionadas ao corpo humano (idade, gênero) e são considerados não modificáveis. Estão também associados às mudanças inerentes ao envelhecimento, tais como o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, bem como à comorbidade associada às doenças crônicas. Isto é, com o envelhecimento a capacidade de manter o equilíbrio torna-se diminuída, devido às alterações inerentes ao próprio processo. A predisposição à queda pode representar um processo de deterioração física com instalação de fragilidade, o que pode ser o primeiro indicador de falha dos sistemas nervoso e músculo- esquelético que são essenciais nas mulheres idosas para manter a estabilidade do corpo.

Os indivíduos separados, divorciados, portadores de patologias depressivas e que utilizem muitos medicamentos diariamente estão também associados ao risco de quedas. Os fatores de risco comportamentais dizem respeito às ações humanas, às emoções e ainda às escolhas diárias e são considerados potencialmente modificáveis (Gonçalves et al., 2008 citado por Freitas et al., 2011).

Os fatores de risco socioeconômicos estão relacionados à influência das condições sociais e do status econômico dos idosos, bem como à capacidade da comunidade de enfrentá-los. Esses fatores são: a solidão, a baixa escolaridade, a vida em situação de reforma, habitações inadequadas, falta de interação social e acesso limitado ao cuidado de saúde que estão também relacionados com o aumento do risco de queda (Machado, Oliveira, Costa, Araújo, 2009).

O acumular de alterações relacionadas com doenças, idade e meio ambiente inadequado aumenta a predisposição à queda (Buksman et al., 2008). Neste pressuposto há necessidade de priorizar o reconhecimento de fatores intrínsecos e extrínsecos.

Os fatores intrínsecos são elementos causais de ordem interna, decorrendo de processos fisiológicos ou patológicos do envelhecimento. Os fatores extrínsecos são os que dependem de circunstâncias sociais e são os de carácter externo que criam desafios ao idoso (Ribeiro, 2008 citado por Gontijo, 2011).

1.1.1. Fatores de risco intrínsecos

Sexo Feminino

As quedas são mais frequentes na população idosa do sexo feminino, devido à presença de fatores intrínsecos, como a perda de cálcio ósseo, derivada de processos fisiológicos naturais como a gravidez, a amamentação, a menopausa, ou por doenças como a osteoporose (Blanco, 2007 & Freitas et al., 2011).

Um estudo descritivo e exploratório sobre as variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem, realizado a 490 idosos a partir dos 60 anos, os autores concluíram que o sexo feminino mostrou-se significativo para o risco de quedas (Moreira, Costa, Rodrigues, Filipe, Pereira, 2007).

Um outro estudo realizado numa amostra de 50 idosos com 60 ou mais anos de ambos os sexos, atendidos num hospital devido a traumatismo accidental por quedas, verificou que 66% eram do sexo feminino (Fabrício, 2004, citado por Gontijo, 2011).

História de Ocorrência de Quedas

Em relação à frequência de quedas anteriores, a idosa que sofre mais de duas quedas no ano anterior está mais predisposta a novos acidentes por quedas no ano seguinte. Um estudo documental retrospectivo e descritivo realizado em idosos com idades entre os 60 e os 69 anos, revelou que três idosos sofreram dois episódios de queda e um idoso sofreu três episódios recentes. O mesmo estudo refere que a associação de múltiplos fatores interligados aumenta a prevalência do historial de ocorrência de quedas, as mulheres idosas a partir dos 75 anos aumentam a sua suscetibilidade em relação a esta variável, associado a uma maior suscetibilidade às patologias e aos efeitos de inúmeros medicamentos (Moreira et al., 2007).

Garrido (2007), refere que um dado interessante a salientar é que duas de três idosos que tiveram quedas, voltarão a cair nos seis meses seguintes. Reconhecem ainda que idosos com anormalidades no equilíbrio apresentam 2,4 vezes mais probabilidades de cair e que após a primeira queda, essa probabilidade passa para 3,7 (Moreira et al., 2007).

Machado (2009), realizou um estudo descritivo com participação de 24 idosos (com idade igual ou superior a 60 anos), de ambos os sexos, cujo objetivo era avaliar a presença do risco para quedas em idosos, os resultados revelaram um valor percentual de 87,5% de história de quedas. Face a estes resultados a ocorrência de quedas foi dos fatores de risco mais mencionado e por isso a importância do conhecimento sobre o historial da ocorrência deste evento.

Idade

A frequência da queda aumenta com o envelhecimento (Blanco, 2007; Gai, Gomes, Nóbrega & Rodrigues, 2010). Os idosos que necessitam de ajuda em algumas atividades da vida diária na faixa etária entre 75 e 84 anos têm probabilidade de sofrer 14 vezes mais quedas.

Medicamentos

O uso de qualquer medicamento está associado a um maior risco de quedas (Cuenllas, Hortonedá, Vergara, Garrido, Esclapez, 2007; Freitas et al., 2011). Vários autores referem uma maior prevalência de quedas entre indivíduos que usam maior número de medicamentos simultaneamente (Guimarães et al., 2005 & Díaz, 2007). A associação de classes específicas tais como substâncias psicotrópicas, cardiovasculares, corticosteroides e anti-inflamatórios não hormonais (AINH) aumenta o risco de quedas (Buksman et al., 2008).

A suspensão de medicação resulta numa diminuição de 39% da taxa de quedas o que indicia que, os efeitos iatrogénicos dos medicamentos podem ser fatores relevantes no risco de quedas em idosos (Moreira, 2007). É importante que os idosos não excedam o número de quatro medicamentos, pois quanto mais fármacos forem consumidos, maior é o risco de iatrogenia (Díaz, 2007). O mesmo autor menciona que os sinais e sintomas comuns às reações adversas são: alterações comportamentais, depressão, estado confusional agudo, incontinência, inquietação, lesão cutânea, perda de memória, obstipação, quedas e síndromes extrapiramidais.

Um estudo realizado a 490 idosos a partir dos 60 anos e em relação aos medicamentos utilizados concluíram que os que faziam uso de três medicamentos apresentavam uma percentagem de queda de 27,2% e os que utilizavam quatro ou mais medicamentos tinham um risco de queda de 71,2% (Moreira et al., 2007).

Condição Clínica

Doenças específicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistémica e doenças neurológicas ou osteoarticulares prejudicam a força muscular, o equilíbrio e a marcha sendo também fatores de risco comuns para a ocorrência de quedas em idosos (Buksman et al., 2008), recomendando uma monitorização contínua dos idosos que sofram destas patologias. Do mesmo modo, a hipotensão ortostática deve ser pesquisada sistematicamente devido à sua alta prevalência e repercussão negativa.

As demências são patologias também consideradas como fatores importantes pois impedem o reconhecimento do ambiente e provocam distúrbios da marcha (Freitas et al., 2011). As doenças que afetam a perfusão cerebral, designadas como doenças agudas ou condições crónicas também podem precipitar uma queda (Buksman et al., 2008).

Deficiência Nutricional

O decorrer do processo de envelhecimento, leva à diminuição da massa muscular, estando esta diretamente relacionada com a força muscular. A redução desta força muscular é por sua vez uma causa importante de incapacidade do idoso, sendo esta essencial para a manutenção do equilíbrio, da marcha e da capacidade de deambulação (Guccione, 2002, citado por Almeida, 2011).

A deficiência nutricional leva à perda da força muscular e à osteoporose, provocando distúrbios na marcha (Buksman et al., 2008).

As pessoas com índice de massa corporal baixo (menor que 19kg/m^2) apresentam maior risco de fraturas do colo do fémur após uma queda (Freitas et al., 2011).

Doenças Ortopédicas

Nestas doenças salienta-se a espondilose cervical que pode provocar tonturas e desequilíbrio contribuindo para o risco de quedas. Problemas nos pés, como calos, deformidades, úlceras e dor ao caminhar contribuem também para que surja uma queda (Buksman et al., 2008).

Estado Funcional

O declínio da capacidade de um indivíduo se movimentar por si só, mesmo no meio que o rodeia é chamado de imobilidade (Vergara, 2007). Esta síndrome nas idosas leva à diminuição de capacidades para desempenhar as atividades de vida diária, devido à deteriorização das funções motoras. As quedas são por excelência uma das causas que tem como consequências a curto e a longo prazo a perda da capacidade funcional (Garrido, 2007).

O grau de dependência do indivíduo aumenta progressivamente o risco de queda. A redução da autonomia devido a um episódio de quedas, torna a idosa dependente na realização das atividades de vida diária (Vergara, 2007 & Freitas et al., 2011). As alterações biológicas estão mais diretamente relacionadas com a capacidade de realizar as AVD e por isso são importantes para a manutenção da independência da mulher idosa.

Escolaridade

Quanto mais baixo for o nível de escolaridade maior é a percentagem de acidentes (Direção Geral da Saúde, 2012). Num grupo de 5630 indivíduos idosos com 70 ou mais anos, residentes na comunidade e acompanhados durante dois anos, a baixa escolaridade foi encontrada como fator de risco para a ocorrência de fratura do quadril (Gai et al., 2010). Os mesmos autores referem que a baixa escolaridade é um fator de risco para a ocorrência de fraturas devido às repercussões que este poderá exercer noutros aspetos importantes da vida, como a cultura, a habitação, o salário e a saúde. Os mesmos autores justificam esta ideia defendendo que, provavelmente, pessoas com maior nível de instrução têm preocupações acrescidas com a sua saúde e uma maior apetência em envolver-se na recuperação de hábitos saudáveis.

Incontinência Urinária

É considerado um fator limitante e um problema heterogéneo, provocando consequências negativas em relação à saúde física e psicológica nas idosas (Moreira, 2007). A extrema urgência para urinar faz com que as idosas se precipitem para a casa de banho e no trajeto ocorram as quedas (Campo, 2008).

Num estudo descritivo com participação de 24 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, a incontinência urinária apresentou um valor de

20,8% e demonstrou a importância desta variável nas mulheres idosas no que respeita à prevenção das quedas (Machado et al., 2009).

Fatores Económicos

Os idosos que vivem sozinhos ou nas zonas rurais, especialmente as mulheres, com status económico mais baixo, enfrentam um maior risco de quedas. O ambiente em que vivem, com escassos recursos económicos e sociais (como por exemplo dificuldade nos transportes), associado ao facto de, por vezes, não serem capazes de aceder aos serviços de saúde, independentemente de serem portadoras de doenças agudas ou crónicas, aumenta o risco de quedas (OMS, 2010).

1.1.2. Fatores de risco extrínsecos

As causas externas são representadas pelos fatores ambientais que geralmente estão associados a situações que envolvem o quotidiano. Dentro do domicílio, o idoso deve possuir um ambiente seguro, e a questão da acessibilidade é indispensável, para que o idoso viva com independência, autonomia e dignidade (Freitas et al., 2011).

Os fatores ambientais são responsáveis por 61% das quedas e o idoso mesmo conhecendo o ambiente, corre o risco de ter acidentes (Diogo, 2008, citado por Silva, 2009).

A maior parte das quedas ocorre dentro ou fora de casa. Na cozinha ou na casa de banho, porque estão expostos a um piso deslizante, e nas deslocações rápidas à casa de banho, devido à incontinência e a micções frequentes (Gai et al., 2010).

Um estudo refere que 66% dos idosos com 60 ou mais anos de ambos os sexos sofreram quedas no próprio lar. O ambiente físico (54%) foi a principal causa de queda (Fabrício, 2004, citado por Gontijo, 2011).

Os fatores de risco ligados ao ambiente físico são a causa mais frequente de quedas nas pessoas idosas. Este ambiente físico tem um papel muito significativo, isto é, muito dos riscos na residência e no ambiente público, interagem com fatores de risco como menor acuidade visual, equilíbrio mais reduzido, contribuindo para lesões e quedas (OMS, 2010).

Os idosos que vivem sozinhos e com fracas habitações, vivendo em ambientes não adaptados, têm maiores probabilidades de sofrer uma queda ou quedas recorrentes,

devido á maior exposição ao risco (Gai et al., 2010). Cerca de metade das quedas ocorre em ambientes fechados e no ambiente doméstico tornando-se difícil evitar que elas ocorram.

Os fatores ambientais que frequentemente estão relacionados com a queda são:

- Iluminação inadequada
- Tapete solto, chão encerado, chão da casa de banho molhado
- Casa de banho sem as devidas adaptações
- Calçado inadequado
- Ausência de corrimão
- Escadas com degraus estreitos ou altos e sem corrimão dos dois lados
- Rampas íngremes e sem corrimão dos dois lados
- Cadeiras e sofás muito baixos, cama muito baixa
- Obstáculos no chão como brinquedos, fio de telefone e televisão, roupas e animais
- Tacos soltos, tapetes altos ou com dobras

O risco de quedas aumenta com a interação entre os fatores biológicos, os riscos comportamentais e ambientais, isto porque, se houver perda da força muscular implica perda de uma função e conseqüentemente aumenta o nível de fragilidade, potencializando o risco de quedas.

Tendo em conta esta realidade, os fatores de proteção de quedas estão ligados à mudança comportamental e às modificações ambientais. Esta mudança refere-se à adaptação e aceitação de um estilo de vida saudável, potenciando o envelhecimento saudável, promovendo a independência individual e levando à diminuição do risco de quedas.

Capítulo 2. Incontinência Urinária

Em qualquer idade, a continência urinária depende, de uma integridade anatômica e fisiológica, assim como também de um estado mental normal, mobilidade, destreza e motivação. Entre os idosos estes dois últimos atributos por vezes são raros e em alguns casos são os únicos responsáveis pela incontinência (Médicos de Portugal, 2011). Com o envelhecimento existe uma deterioração natural do corpo humano, aumentando a probabilidade de ocorrer a incontinência urinária.

A incontinência urinária é definida pela sociedade Internacional de Continência como “perda involuntária de urina” (Freitas et al., 2011) e pode variar entre fugas muito ligeiras e ocasionais, a perdas muito graves e regulares. Nas mulheres idosas, entre outros, os fatores ligados diretamente à micção são: a diminuição da capacidade vesical, a diminuição da pressão de encerramento máximo uretral e da força do fluxo miccional, o aumento do resíduo vesical após a micção e ainda as contrações involuntárias do detursor, (Nunes, 2010; Médicos de Portugal, 2011; Dinis, 2013 & Ramos, 2007).

A incontinência urinária nunca é normal (Nunes, 2010 & Ramos, 2007), e estas perdas involuntárias de urina por vezes são negligenciadas, quer por parte das mulheres idosas, dos familiares e por vezes até dos profissionais de saúde, encarando-a como parte do envelhecimento e não como uma situação patológica (Ramos, 2013). A incontinência urinária continua por isso a ser “sub-diagnosticada” e “sub-tratada”, sem por isso ter um tratamento eficaz, e a interferir grandemente de uma forma devastadora na qualidade de vida das mulheres idosas, considerada por isso uma “epidemia Silenciosa” (Botelho, Silva, Cruz, 2007).

2.1. Fatores de Risco

Vários autores referem que as mulheres, com mais de 40 anos, são as mais afetadas por esta patologia, com uma percentagem de 33%, manifestando também sintomas de incontinência urinária (Botelho et al., 2007 & Dinis, 2013). Afirmam ainda que o principal fator de risco na mulher com IU é a idade, afetando as mais idosas, com índices de 43% na faixa etária de 35 a 81 anos (Higa, Lopes, Reis, 2008). Com a idade a incidência de IU aumenta atingindo 25% após a menopausa (Botelho et al., 2007), isto é

resultante da interação de fatores do envelhecimento com lesões do sistema nervoso e urinário, com comorbidades, com o uso de medicamentos e associado a um declínio funcional e cognitivo (Freitas et al., 2011). Tendo em conta as alterações referidas com o envelhecimento, existem doenças que associadas ao avançar da idade podem também contribuir para a incontinência urinária, como por exemplo: a diabetes mellitus, hérnias discais doença de Parkinson, acidente vascular cerebral ou doença de Alzheimer.

A incontinência urinária apresenta-se como uma síndrome de etiologia multifatorial que pode ter ou não, origem no sistema urinário. Esta patologia pode então ter outras causas como ginecológicas, neurológicas, psicológicas, hormonais, ambientais ou iatrogénicas. Vários autores referem que os determinantes da IU que mais se destacam são a infeção urinária, obstipação, cognição prejudicada, mobilidade restrita, regime medicamentoso complexo, obesidade e doenças neurológicas (Loureiro, 2011 & Ramos, 2007). Destacam-se por isso algumas consequências da própria doença tais como a candidíase perineal, celulite, úlceras de pressão, infeções do trato urinário, urosepsis, manutenção da saúde prejudicada, ingestão hídrica diminuída, queda, fraturas e interrupção do sono (Freitas et al., 2011 & Ramos, 2007). Esta patologia reduz também a autoestima da idosa, conduzindo-a ao isolamento social, e à depressão (Freitas et al., 2011).

Num estudo exploratório realizado numa amostra de 102 idosos sobre incontinência urinária e funcionalidade revela que os idosos incontinentes apresentam um índice de massa corporal mais elevado, pior perceção do estado de saúde, maior propensão para cair e níveis de atividade física mais reduzidos, quando comparados com idosos continentais (Fontes, Botelho, Fernandes, 2011).

São referidos ainda como causa da IU, a paridade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, peso do recém-nascido, cirurgias ginecológicas, histerectomia e fatores hereditários (Higa et al., 2008; Chiarelli, 2009; Freitas et al., 2011, Byles, Millar, Sibbritt, 2009).

Os factores de risco para as mulheres podem ser divididos em:

- Intrínsecos ou predisponentes: anormalidades anatómicas e neurológicas; predisposição familiar;
- Fatores ginecológicos e obstétricos: parto, gravidez, paridade, radioterapia ou prolapso genital e efeitos laterais da cirurgia pélvica;
- Fatores promotores: obesidade, comorbidades, idade, obstipação, menopausa, atividades ocupacionais e medicação (Mascarenhas, 2013).

O resultado de um estudo longitudinal realizado em mulheres com idades entre 70-75 anos demonstrou que existe associação entre a IU e alguns fatores, tais como a demência, IMC, infecção do trato urinário, insatisfação com a capacidade física, cair no chão, obstipação, curso, paridade e histerectomia.

A variável “caí no chão” para além de fator de risco pode ser considerada como consequência da incontinência, cuja justificação é atribuída à pressa de chegar à casa de banho a tempo (Byles et al., 2009).

2.2. Classificação da Incontinência Urinária

A classificação da IU divide-se em transitória (reversível) e estabelecida (persistente). A última é subdividida em incontinência de urgência, de esforço e mista (Freitas et al., 2011)

A incontinência transitória ou reversível caracteriza-se pela perda involuntária de urina, não havendo mau funcionamento do trato urinário inferior. Tem como causa problemas clínicos agudos, potencialmente reversíveis. Para uma mais fácil memorização destas causas, é por isso conhecida a palavra, “DIAPPERS”, que significa “fraldas” e que cada letra está relacionada com uma possível causa de IU (Amaro, Gameiro, Muchailh, Cação & Villas Boas, 2007):

- D – Delírio
- I – Infecções do trato urinário
- A – Vaginite uretrite atrófica
- P – Farmacológica
- P – Psicológica
- E – Excesso de produção de urina
- R – Mobilidade Restringida
- S – Fecalomas

As perdas de urina podem ter como origem um problema temporário e as causas mais frequentes são as infeções urinárias, ingestão de líquidos em excesso, a ingestão de refrigerantes, frutas e sumos cítricos, o uso de adoçantes que sejam irritantes para a bexiga, a ingestão de álcool, cafeína e outros diuréticos (Dinis, 2013).

As causas permanentes de perdas urinárias em que existe um problema mais persistente podem ser devidas a perda de estrogénios, depois da menopausa,

enfraquecimento dos músculos da bexiga, gravidez e/ou parto em que os músculos do pavimento pélvico foram afetados, cirurgias pélvicas (com extração do útero) e histerectomia, lesões neurológicas causadas pela diabetes, Parkinson, esclerose múltipla, AVC, tumores cerebrais e lesões da coluna, síndrome da bexiga dolorosa ou seja, cistite intersticial e por último cancro e “pedras na bexiga” (Dinis, 2013).

A incontinência urinária estabelecida está relacionada com alterações nos mecanismos fisiopatológicos tais como: hipoatividade ou hiperatividade do detrusor, obstrução da saída vesical, alteração da pressão uretral, distúrbios funcionais, não tendo origem em comorbilidades clínicas, ou efeitos colaterais dos medicamentos, que se acumulam ao longo do tempo (Freitas et al., 2011).

Este tipo de IU subdivide em incontinência urinária de esforço, por imperiosidade (ou urgência) e mista (Freitas et al., 2011).

A IU de esforço ocorre quando há um aumento da pressão abdominal e incapacidade transitória do mecanismo esfíncteriano uretral. Esta pressão advém da atividade física como levantar um objeto pesado, tossir, espirrar, correr ou caminhar e subir escadas (Gray & Moore, 2012). Se as idosas estiverem quietas ou não realizarem esforços não perdem urina e geralmente durante o dia têm um número normal de micções, não apresentando incontinência enquanto dormem (Nunes, 2010).

A incontinência de esforço é mais frequente nas mulheres entre os 45 e 65 anos. A sua prevalência é cerca de 3% e 20% (Dinis, 2013).

A incontinência por imperiosidade ocorre por perda de urina devido ao desejo urgente de urinar, tendo como causa a contração hiperativa do detrusor e a sua prevalência é cerca de 5% e 20%.

De acordo com vários autores pode estar relacionada com o envelhecimento (Fraga, 2010 & Dinis, 2013) e pode gerar uma situação dramática para as idosas, condicionando o seu dia-a-dia, devido à sua aflição urgente em urinar (Dinis, 2013).

Esta incontinência faz parte de um grande síndrome sintomático (bexiga hiperativa), que é devido a uma urgência urinária desconfortável, frequentemente associada à frequência diurna (mais do que duas horas) e à noctúria (três ou mais episódios em adultos com mais de 65 anos), (Gray et al., 2012). A noctúria define-se pela necessidade de acordar durante a noite para urinar. Estas acordam para urinar não estando definido o número específico de vezes, havendo idosas que estão acordadas de noite e por isso vão urinar (Garção, 2010). É importante entender que a dificuldade de mobilização e destreza também podem facilmente transformar a noctúria em

incontinência. Um idoso que seja acordado durante a noite pela vontade de urinar, que apresente dificuldade de mobilização e não lhe seja possível chegar a tempo à casa de banho, terá certamente incontinência. O mesmo se passa se existir dificuldade na destreza e não conseguir apanhar o recipiente em que normalmente urina (Médicos do mundo, 2011).

Os resultados de um estudo referem que quem se levanta de duas a três vezes por noite para ir à casa de banho tem 1,8 a 2,1 vezes mais hipótese de sofrer uma queda, concluindo que a IU noturna associada à sonolência, aos obstáculos na casa e à sensação de urgência para ir à casa de banho favorecem os acidentes (Figueiredo, 2011, citado por Folli, 2011).

A mulher que apresenta incontinência e tem vontade de urinar acompanhado da sensação de urgência, leva a idosa a não se controlar e acaba por escorregar na sua própria urina, tendo como causa por exemplo o chão liso da casa de banho (Figueiredo, 2011). Um outro autor corrobora desta opinião referindo que 15% das mulheres após os 65 anos, vão à casa de banho duas ou mais vezes por noite. Esta urgência em urinar favorece a queda, devido aos fatores que já foram referenciados anteriormente (Folli, 2011).

Da bexiga hiperativa pode ou não fazer parte a IU por imperiosidade, esta ocorre na ausência de doença ou alterações metabólicas que possa servir de explicação para este tipo de síndrome (Gray & Moore, 2012). Esta doença é provocada por uma contração não inibida da bexiga, ou seja numa bexiga normal, quando a mesma enche, o músculo relaxa, aumentando gradualmente a vontade de urinar. Neste tipo de bexiga esta não chega a encher e existem contrações fora do tempo, levando a uma necessidade incontável de ir à casa de banho, forçando a doente a interromper a sua atividade para satisfação desta necessidade (Dinis, 2013).

Segundo o mesmo autor as doentes que sofrem esta síndrome têm mais acidentes como por exemplo fraturas do que a população em geral, isto é, o desejo forte e incontável de urinar, com grande possibilidade de ter perdas urinárias se não se dirigir rapidamente a casa de banho, associado a obstáculos que possa encontrar nesse percurso, provoca com mais possibilidade o surgimento de lesões e fraturas.

A incontinência urinária mista é a associação da IU por imperiosidade e de esforço. A sua causa não é conhecida, mas pode existir alguma relação entre a hiperatividade do deturador e a incompetência do esfíncter. Cerca de 29% das mulheres apresentam este tipo de incontinência urinária (Gray & Moore, 2012).

Alguns investigadores realizaram uma revisão sistemática e uma meta-análise, de estudos observacionais, para verificarem se a incontinência urinária em indivíduos com idade \geq a 65 anos estava associada com o aumento do risco de quedas. Os resultados revelaram uma clara associação entre quedas e incontinência urinária (Chiarelli et al., 2009). O estudo realça principalmente o facto de que as quedas são predominantemente associadas com os sintomas de bexiga hiperativa e não por imperiosidade. Referem ainda que este resultado se deve ao facto dos idosos que têm frequentes viagens noturnas á casa de banho, combinados com fraca iluminação e associada com os efeitos perturbadores do sono, pode aumentar as probabilidades de cair.

Um estudo de Teixeira (2011), baseado numa revisão integrativa seleccionou 13 artigos científicos sobre o mesmo tema com o intuito de identificar as diversas causas da incontinência urinária em idosos. Da totalidade dos artigos, cinco (38,46%) classificam a incontinência como sendo proveniente de causas multifatoriais e oito (61,83%) referem as causas da incontinência como um evento desencadeado por fatores fisiológicos, patológicos, iatrogénicos, comportamentais e outros. Após a sua análise, identificaram as causas da incontinência urinária nos idosos como:

Problemas relacionados aos fatores patológicos: Problemas neurológicos (100%); Restrições da mobilidade/ imobilidade (84,61%); Diabetes (69,83%); Infeção ou inflamação do trato urinário (61,53%); Obesidade e extremos do índice da massa corporal (53,84); Problemas psicológicos (38,46%); Insuficiência renal e insuficiência vascular (15,38%); Doenças respiratórias (38,46) e Cardiopatia (30,76%).

Causas multifatoriais classificadas como fatores iatrogénicos: Medicamentos (76,92%); Cirurgias pélvicas e abdominais (69,23%).

Causas multifatoriais relacionadas com o envelhecimento: Baixa capacidade funcional física ou cognitiva (69,23%); Alterações hormonais (53,84%); Alterações no trato inferior urinário (61,53%); Noctúria (30,76%) e Idade (15,38%).

Causas multifatoriais relacionadas com o comportamento: Fecaloma, obstipação, ingestão de álcool e cafeína (69,23%).

Restantes causas multifatoriais: Fatores genéticos, ambientais e de origem idiopática (23,07%).

A ligação entre incontinência urinária e queda está relacionada, provavelmente, com a necessidade de correr para a casa de banho, e da angústia e ansiedade que surgem de não ser capaz de chegar ao destino a tempo. Como consequência, as quedas

acontecem frequentemente na casa de banho, isto porque devido a uma cognição prejudicada para a realização de múltiplas tarefas simultaneamente, como caminhar, controlar o fluxo de urina e contornar obstáculos em casa, pode ter um efeito prejudicial sobre a manutenção do equilíbrio nos idosos, uma vez que o destino é chegarem à casa de banho rapidamente.

**II PARTE – INVESTIGAÇÃO
EMPÍRICA**

Capítulo 3. Metodologia

Procurou-se descrever de uma forma clara, objetiva e pormenorizada os meios utilizados ao longo do estudo, respondendo à questão de investigação e atendendo aos recursos disponíveis, quer humanos, económicos, materiais e temporais.

Ao longo deste capítulo iremos apresentar os objetivos e a conceptualização do estudo, as questões de investigação, os participantes, o instrumento de colheita de dados, procedimentos utilizados e a análise dos dados.

3.1. Métodos

O interesse na compreensão do risco acrescido de queda nas pessoas com mais de 65 anos, e a necessidade da intervenção dos profissionais de saúde dirigida para a promoção da segurança e prevenção dos acidentes com pessoas idosas que vivem na comunidade tem sido crescente. Tendo em conta esta realidade o título deste estudo intitula-se: “Risco de quedas em mulheres idosas com incontinência urinária na comunidade”.

Com o avançar da idade, o risco de cair aumenta significativamente, o que coloca a queda como um síndrome geriátrico e como um dos grandes problemas de saúde pública, isto deve-se ao aumento expressivo do número de idosos na população e também à sua maior longevidade (Botelho et al., 2007). A prevenção das quedas é então um desafio ao envelhecimento populacional, em muitas nações do mundo, à medida que o número de adultos mais velhos aumenta, o número de quedas aumenta a sua magnitude. As quedas aumentam exponencialmente com as mudanças biológicas associadas à idade, por conseguinte um significativo número de pessoas com mais de 80 anos deverá desencadear um aumento substancial de quedas e dos ferimentos a elas relacionados, em níveis alarmantes (OMS, 2011). As quedas são o resultante de uma complexa interação de fatores de risco, espelhando assim, a diversidade de determinantes de saúde que direta ou indiretamente, afetam o bem-estar das pessoas idosas. O risco de cair e se ferir é maior, à medida que aumenta a exposição aos fatores de risco (OMS, 2011).

Devido ao contínuo aumento da esperança média de vida, outra síndrome geriátrica tem vindo a tornar-se uma nova epidemia do século XXI, a incontinência urinária. A ideia pré concebida de que esta doença faz parte do envelhecimento, associado à vergonha e ao receio de que os tratamentos acarretem dor ou necessidade de disponibilidade temporal constituem-se como os principais fatores para que esta doença tenha sido escondida ao longo dos tempos (Dugan et al., 2000; Azevedo, 2004; Haslam, 2005; Wei, Raz & Young, 1999, citado por Rodrigues, 2012). Segundo a Associação Portuguesa de Urologia, na população portuguesa apontam para a existência de 600 mil incontinentes nos diferentes segmentos etários e com o envelhecimento da população, a tendência será este número continuar a crescer. Em 2050, a população idosa deverá aumentar, associada a esta mudança demográfica, é previsto um aumento de 55% de mulheres com incontinência urinária. Com o avançar da idade a prevalência de mulheres com perdas urinárias aumenta concomitantemente, (Botelho et al., 2007).

Segundo Campos Marcos (2008) a Incontinência Urinária, caracterizada pela perda involuntária de urina, afeta cerca de um terço dos idosos e, além de reduzir a qualidade de vida, também acarreta o surgimento de problemas adicionais de saúde, como quedas e fraturas – principalmente quando relacionada à Bexiga Hiperativa (necessidade excessiva de ir ao banheiro).

A incontinência urinária de urgência está associada ao risco de quedas, é provável que esta ligação esteja relacionada com a necessidade de correr para a casa de banho (Chiarelli et al., 2009). Todavia, a incontinência urinária pode ser tratada qualquer que seja a sua origem. O seu tratamento pode melhorar muito a qualidade de vida da doente, reduzir a sua dependência familiar e, no caso das pessoas idosas, evitar o internamento precoce em lares de terceira idade (Byles, Miller & Sibbritt, 2009; Guarasi et al., 2001, citado por Rodrigues, 2012).

Para uma melhor compreensão do problema em estudo, sentimos necessidade de formular a questão de investigação, que vamos enunciar de seguida.

O problema de investigação é: “Quais os determinantes do risco de quedas nas mulheres idosas residentes na comunidade Campo/Caramulo? Existe relação entre a incontinência urinária e o risco de queda nas mulheres residentes na comunidade Campo/Caramulo aumenta?”

Partindo destas questões formulamos as seguintes hipóteses de investigação:

- Há relação entre o IMC e a incontinência urinária nas mulheres idosas residentes na comunidade.

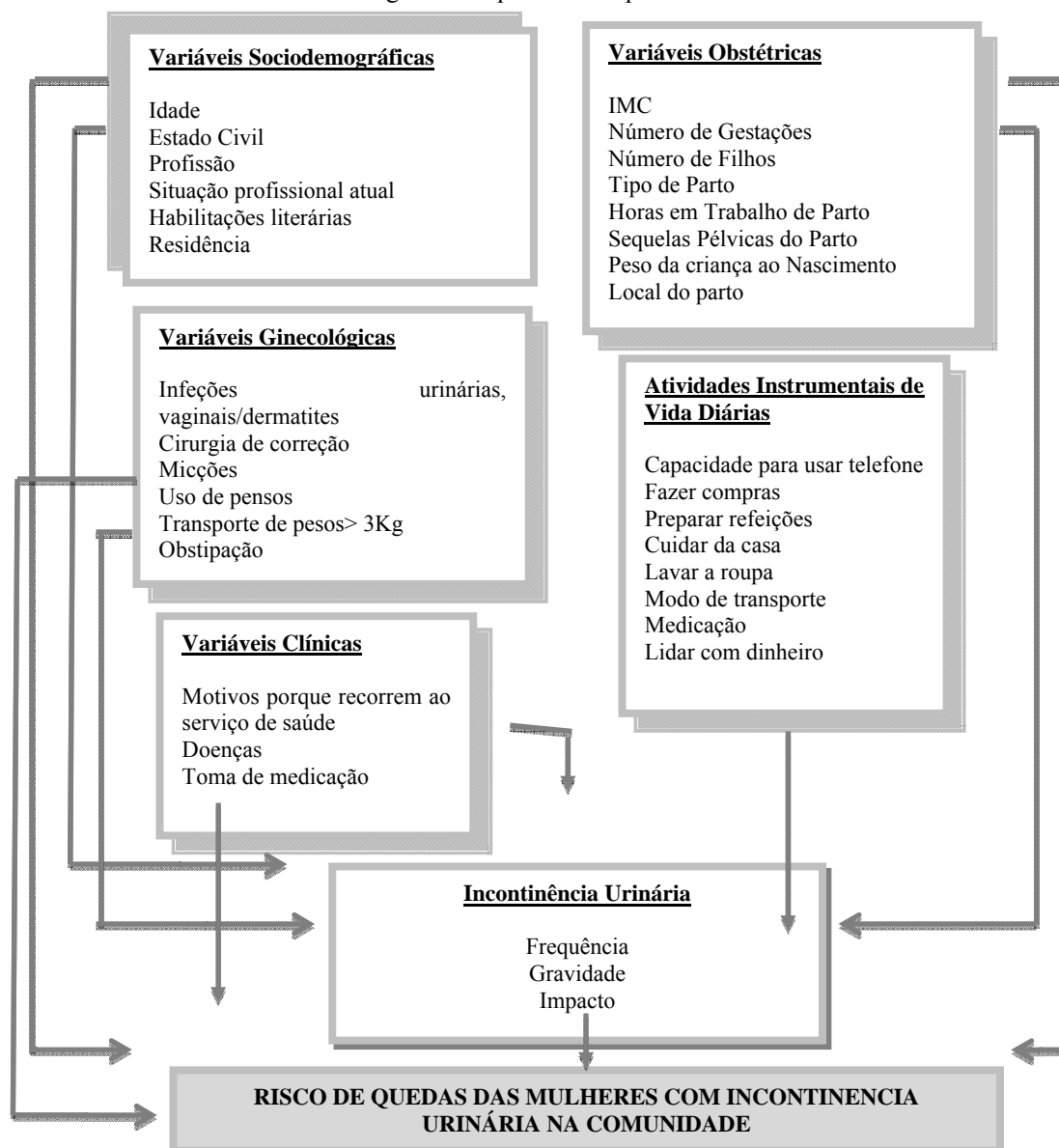
- Há relação entre o número de partos e a incontinência urinária nas mulheres idosas residentes na comunidade.
- Há relação entre presença de doença crónica e a incontinência urinária nas mulheres idosas residentes na comunidade.
- Há relação entre o consumo do número de medicamentos e o risco de quedas nas mulheres idosas residentes na comunidade.
- Há relação entre as infeções urinárias e a incontinência urinária nas mulheres idosas, residentes na comunidade.
- Existe correlação positiva entre o grau de dependência e o risco de quedas nas mulheres idosas residentes na comunidade.
- As variáveis sociodemográficas, características clínicas e risco obstétrico influenciam o risco de queda na mulher idosa residente na comunidade.

De modo a dar resposta à questão colocada e a toda a problemática que a envolve delineamos os seguintes objetivos:

- Avaliar a prevalência de IU nas mulheres com idade \geq a 65 anos residentes na comunidade Campo/Caramulo.
- Avaliar a prevalência de quedas nas mulheres com idade \geq a 65 anos residentes na comunidade Campo/Caramulo.
- Verificar se a IU aumenta o risco de quedas.
- Em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam o risco de quedas nas idosas com idades superior ou igual a 65 anos.
- Avaliar o efeito das variáveis características clínicas e incontinência urinária sobre o risco de quedas nas idosas com idades superior ou igual a 65 anos.
- Avaliar o impacto que a incontinência urinária assume no risco de quedas nas mulheres idosas que recorrem a UCSP Campo/Caramulo.

Para o efeito delineou-se um estudo exploratório, descritivo e transversal. Contudo, apresenta uma componente correlacional pois, para além de caracterizar o risco de quedas das mulheres com IU pretende-se averiguar se a IU e as atividades instrumentais de vida diárias são fatores preditores. A amostragem é não probabilística, por conveniência, tendo como limitação a generalização das conclusões para a população portuguesa (cf. Figura 1).

Figura 1. Esquema conceptual de base.



3.2. Participantes

O processo de seleção de uma amostra carece de alguns cuidados metodológicos, de modo que a tornem representativa da população à qual pertence e que permita a generalização de resultados ao universo populacional da qual foi retirada. Neste estudo, a população em causa são as mulheres idosas residentes na Comunidade Campo/Caramulo.

Por motivos de acessibilidade e facilidade na distribuição os questionários, foram preenchidos quando as mulheres idosas recorreram à consulta do médico de Família, à vacinação, à consulta de diabetes e à sala de medidas terapêuticas.

Neste estudo, a população em causa são as idosas independentes e autónomas com idade superior ou igual a 65 anos que recorrem à unidade de cuidados de saúde personalizados Campo/Caramulo.

3.2.1. Critérios de Inclusão e Exclusão na Amostra

Segundo Fortin (2009) a amostra foi definida através de critérios de inclusão, que correspondem às características capitais da população visada no estudo. Os critérios de exclusão servem para determinar quais os indivíduos que não fazem parte da amostra selecionada.

Deste modo, foram abordadas mulheres idosas conscientes e orientadas com idade superior ou igual a 65 anos; disponibilidade em participar do estudo; independência e autonomia para a realização das atividades instrumentais da vida diária.

É importante definir a amostra a ser estudada e o processo de seleção da mesma é crucial para o estudo, pois é através da amostra escolhida que pretendemos representar uma determinada população, neste caso, as mulheres que recorrem à unidade de cuidados personalizados Campo/Caramulo.

A colheita de dados foi efetuada em maio de 2013, os questionários foram preenchidos pela investigadora de acordo com as respostas dadas pelas utentes.

Todas as utentes que integravam os critérios de inclusão na amostra foram consultadas acerca do interesse em participar neste relatório final e informadas acerca dos objetivos do estudo, da confidencialidade dos dados e ausência de repercussões caso não aceitassem participar na recolha de dados.

De referir que a amostra que nos propomos avaliar é constituída por 68 mulheres idosas entre os 65 e os 95 anos de idade.

Todas elas participaram no estudo de forma voluntária.

3.3. Instrumento

Para realizar a colheita de dados houve necessidade de proceder à elaboração de um instrumento, tendo sido escolhido um questionário (cf. Anexo 1). Este tem como vantagens poder ser aplicado a um grande número de pessoas ao mesmo tempo, utilizando os mesmos recursos, garantindo o anonimato e a confidencialidade do indivíduo.

Para a avaliação dos participantes foi desenhado um questionário estruturado constituído essencialmente por perguntas fechadas. A estrutura e conteúdo do questionário foram definidos de forma a haver equilíbrio entre a quantidade de informação obtida e o tempo despendido na entrevista, prevendo-se uma duração média de 10 minutos. Foram revistas várias versões dos questionários por diferentes profissionais de saúde.

Para todos os participantes incluídos foi recolhida informação sobre os dados sociodemográficos, obstétricos, ginecológicos, clínicos, sobre o impacto de IU, sobre as AIVD e sobre o risco de quedas.

3.3.1. O Questionário

3.3.1.1. Caracterização sociodemográfica, obstétrica, clínica e ginecológica

A caracterização sociodemográfica comporta algumas questões, dirigidas à totalidade das inquiridas com o objetivo de obtermos informação respeitante a alguns dos seus atributos sociodemográficos: idade, escolaridade, profissão, situação perante o trabalho, estado civil, residência, habitação, agregado familiar. Englobam questões fechadas e questões de resposta rápida.

A caracterização obstétrica identifica questões que dizem respeito ao número de vezes que esteve grávida, o número de filhos, quantas horas esteve em trabalho de parto, tipo de partos, presença de lacerações ou rasgadura, se teve filhos com peso superior ou igual a 4 kg, e o local do parto. Tal como no caso anterior também comporta questões de resposta rápida e fechadas.

As características clínicas estão associadas a perguntas sobre a presença de doenças diagnosticadas há mais de 3 meses, tipo de doenças (fazem parte do questionário as seguintes: diabetes, hipertensão arterial, osteoarticulares, doença pulmonar, depressão, doença renal, acidente vascular cerebral, síndrome vertiginoso, dislipidemia, doença psiquiátrica), IMC (peso/altura²), motivo pelo qual recorreu ao serviço de saúde (avalia a utilização de serviços pela pessoa idosa naquele contacto), o número de medicamentos que toma e por último os medicamentos que potencializam o risco de quedas, segundo os critérios de Beers (sendo estes classificados em 1-grau ligeiro e 2-grau elevado).

Salientamos que a classificação do IMC está de acordo com a OMS e foi adaptada da Faculdade de Ciências da Nutrição da Universidade do Porto.

3.3.1.2. Impacto da Incontinência em Mulheres com IU (ICIQ-SF)

Trata-se de um questionário específico e genérico, para um instrumento de avaliação da qualidade de vida, pois tem sido intensificado na pesquisa científica dos últimos anos, pelo grande interesse dos pesquisadores em saúde, por métodos subjetivos de avaliação clínica (Tamanini et al., 2004). Este questionário avalia o impacto da incontinência urinária na qualidade de vida e a qualificação da perda urinária das mulheres.

Tamanini et al. (2004) traduziu e validou para a língua portuguesa o questionário de qualidade de vida condição-específico denominado *International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-SF)* em pacientes com incontinência urinária.

Foram efetuadas duas traduções independentes do ICIQ-SF e após a harmonização das mesmas a tradução resultante foi retro traduzida por dois nativos de países de língua inglesa. As diferenças foram pré-testadas num estudo piloto. A versão final do ICIQ-SF para o português, bem como a versão em português do *King's Health Questionnaire (KHQ)* foram aplicadas simultaneamente em 123 pacientes consecutivos com queixas de incontinência urinária (29 homens e 94 mulheres) nos serviços de uro ginecologia e de uro dinâmica de um hospital universitário.

Foram testadas as propriedades psicométricas do questionário, com a fiabilidade e validade de constructo.

A idade mediana dos sujeitos participantes foi de 53 anos (intervalo de 16 a 86 anos). O período médio de reteste para o ICIQ-SF foi de 14,37 dias (intervalo de seis a 41 dias). Nenhuma alteração do formato original do ICIQ-SF foi observada no final do processo de tradução e adaptação cultural. A consistência interna foi alta, como demonstrado pelo coeficiente alfa de Cronbach (0,88). O resultado do teste-reteste foi considerado de moderado a forte, como indicado pelo índice Kappa ponderado, cujos valores variaram de 0,72 a 0,75, e o coeficiente de correlação de Pearson que foi de 0,89. A correlação entre o ICIQ-SF e o KHQ foi considerada de moderada a boa para a maioria dos itens, variando de 0,44 a 0,77. A avaliação das validades de constructo e concorrente foi também satisfatória e estatisticamente significativa. Assim, a versão para o português do ICIQ-SF foi traduzida e validada com sucesso para aplicação em pacientes brasileiros de ambos os sexos, com queixa de incontinência urinária, apresentando satisfatória fiabilidade e validade de constructo.

Assim o ICIQ-SF é composto por 4 questões que avaliam a frequência (numa escala de 0 a 5 pontos), a gravidade (numa escala de 0 a 6 pontos) e o impacto da incontinência urinária (numa escala de 0 a 10 pontos). A última questão é avaliada separadamente numa escala de oito itens que possibilita avaliar as causas ou situações de perda urinária.

O score global do ICIQ é a soma dos scores das questões um, dois e três e varia de 0 a 21. Os valores mais elevados estão associados a níveis elevados de impacto de incontinência urinária.

O impacto na QVd foi definido de acordo com o score da questão 3: (0) nada; (1-3) leve; (4-6) moderado; (7-9) grave; (10) muito grave.

3.3.1.3. Escala de Avaliação do Risco de Quedas de Morse

A escala de Morse (Morse, J., M., 1997) é composta por seis parâmetros que resultam numa pontuação que varia de 0 a 125 pontos. De acordo com a pontuação obtida, o doente é classificado num nível de risco para a ocorrência de quedas, que pode

ser: sem risco (0 – 24 pontos), baixo risco (25 – 50 pontos) e alto risco (superior a 50 pontos).

Os valores da escala advêm dos seguintes indicadores:

1. História de Quedas (não- 0; sim - 20)
2. Diagnósticos médicos (não- 0; sim - 15)
3. Ajuda na marcha (nenhuma / ajuda cuidador / acamado – 0; bengala / canadiana / andarilho - 15; apoio nos móveis - 20)
4. Terapêutica ou cateter permanente (não - 0; sim - 20)
5. Marcha (normal / cadeira de rodas / acamado - 0; com dificuldade, mas sem ajuda - 10; incapaz, sem ajuda - 20)
6. Estado mental (orientado - 0; dificuldade de orientação - 15)

Esta escala foi selecionada porque é a utilizada para a avaliação do risco de quedas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Campo /Caramulo onde foi desenvolvido o estudo.

3.3.1.4. Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969; Versão Portuguesa de Sequeira, 2007). Avalia a funcionalidade instrumental. Trata-se de uma medida genérica do nível de independência da pessoa idosa que avalia tarefas adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade, tais como: usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparação da medicação e gestão do dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas atividades.

A escala permite classificar os sujeitos em dependentes e independentes. A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 a 8 pontos correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente.

A adaptação de Sequeira (2007) apresenta uma versão diferente com a seguinte pontuação: cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5 em que a maior pontuação

corresponde a um maior grau de dependência. O Índice varia entre 8 e 30 pontos de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda;> 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda.

Nos resultados de um estudo do autor a análise fatorial revelou apenas um fator explicando 65% da variância total reforçando o carácter unidimensional do instrumento e consistência interna de 0,92.

3.4. Procedimentos

Em qualquer trabalho de investigação, as disposições ético-legais que zelam pelos direitos fundamentais das pessoas devem ser tidas em atenção.

Neste sentido, foi também realizado o pedido de autorização à seguinte instituição: o Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões.

Foi pedida a colaboração voluntária de cada participante e explicado o objetivo do estudo, garantido o anonimato e a confidencialidade, bem como todos os princípios éticos e morais inerente aos dados colhidos.

Os questionários foram preenchidos na consulta da diabetes, na sala de medidas terapêuticas, na vacinação, quando as idosas recorreram à consulta do médico de família, e sempre que surgisse uma oportunidade, com a colaboração dos colegas.

Procedemos a uma análise bibliográfica acerca da atualidade do tema proposto definindo, assim, a pertinência do estudo. A revisão foi estruturada a partir de informações contempladas na literatura e referências científicas em vigor.

Foram efetuadas reuniões com o orientador e coorientador a fim de definir as etapas metodológicas do trabalho.

Às mulheres inquiridas foi solicitado para colaborarem no estudo, garantindo-lhes respeito pessoal e confidencialidade dos elementos de informação recolhidos, antes, durante e após o estudo. Demos sempre informações de quem somos, do tema, e dos objetivos do estudo. Apesar de conhecermos os riscos pessoais do comprometimento assumido, especialmente no que diz respeito à partilha de informações, tudo fizemos para cumprir o acordado, não só em relação à definição do alvo pesquisa, mas também em relação à delimitação do campo de pesquisa.

3.5. Análise de Dados

3.5.1. Estatística Descritiva

A análise descritiva foi efetuada de acordo com os procedimentos expressos em Maroco e Bispo (2003) e Pestana e Gageiro (2003).

Os resultados, no que diz respeito à caracterização das variáveis, são apresentados em gráficos ou tabelas de distribuição de frequências onde se distribuem os valores da variável estatística em frequências absolutas (n) e relativas (%) e indicam o número de vezes que cada elemento da variável se repete e a proporção com o total.

3.5.2. Estatística Inferencial

A análise inferencial foi efetuada de acordo com os procedimentos expressos em Maroco e Bispo (2003) e Pestana e Gageiro (2003).

Esta análise compreende um processo que tem como fim estimar os parâmetros e a verificação de hipóteses. Através destes procedimentos podem analisar-se as possíveis relações entre as variáveis e, como tal, recorre-se a vários testes para confirmar as hipóteses formuladas.

As hipóteses são testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite afirmar com uma certeza de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

As inferências são feitas através da aplicação de testes paramétricos ou não paramétricos aos resultados da nossa amostra.

Para definirmos a utilização de testes paramétricos ou não paramétricos para testar as hipóteses vai proceder-se à análise do teste de Kolmogorov-Smirnov (KS), com a correção de Lilliefors, para averiguar se a distribuição das variáveis é ou não normal.

O Coeficiente de Correlação de Pearson ($R; p$) / Coeficiente de Correlação Ró de Spearman ($R; p$) é um procedimento que permite medir a associação linear entre as variáveis e varia de -1 a $+1$. O valor da correlação quanto mais próximo estiver dos extremos tanto maior é a associação entre as variáveis.

A Regressão Múltipla ($R^2; p$) é um procedimento que permite efetuar a avaliação de relações de dependência em que se explica o comportamento de uma/várias variáveis dependentes (explicadas) a partir do comportamento de uma/várias variáveis independentes (explicativas).

A capacidade explicativa do modelo mede a parte da variação da variável dependente que é explicado pelas variáveis independentes e quanto mais elevado e próximo de um melhor.

Capítulo 4. Apresentação dos Resultados

Este capítulo apresenta-se dividido em duas partes, a análise descritiva para caracterizar as variáveis e a análise inferencial para testar as hipóteses.

4.1. Análise descritiva

Na primeira parte caracterizam-se as variáveis em estudo relativamente aos dados sociodemográficos, obstétricos, ginecológicos, impacto de incontinência urinária (IU), atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e o risco de quedas das mulheres.

4.1.1. Caracterização Sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica vai ser efetuada de acordo com os resultados da idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, profissão e a área de residência das mulheres com incontinência urinária.

Assim, através da leitura da Tabela 1 pode verificar-se que a **idade** das mulheres deste estudo oscila entre 65 e 95 anos com uma média de $\bar{x}=76,07$ anos ($\pm 8,99$). A distribuição da idade é simétrica ($Sk=0,203/0,291=0,697$) e leptocúrtica ($Kw=-1,309/0,574=-2,280$).

Tabela 1. Estatística descritiva da idade.

Análise descritiva da idade	N	Mín.	Máx.	\bar{X}	dp	Sk	Erro	Kw	Erro
Idade	68	65	95	76,07	8,99	,203	,291	-1,309	,574

Na Tabela 2 estão expressas as frequências absolutas e relativas referentes aos dados sociodemográficos. Pode observar-se que 50% das mulheres têm **idades** compreendidas entre os 65 e os 75 anos e 50% entre 75 e 95 anos de idade. Quanto ao **estado civil**, 52,9% das mulheres têm companheiro e 47,1% são solteiras, divorciadas ou viúvas.

Sobre as **habilitações literárias** constata-se que 38,2% têm uma baixa escolaridade (só sabem ler e escrever) e 52,9% apresentam a escolaridade básica (1º, 2º ou 3º CEB) e 8,8% têm o ensino secundário ou superior.

Tabela 2. Caracterização em função da idade, estado civil e habilitações literárias.

Caracterização em função da idade, estado civil e habilitações literárias.	N	%
Classes de idade		
65 - 75 anos	34	50,0
75 - 95 anos	34	50,0
Total	68	100,0
Estado civil		
	N	%
Sem companheiro	32	47,1
Com companheiro	36	52,9
Total	68	100,0
Habilitações literárias		
	N	%
Baixa escolaridade	26	38,2
Escolaridade básica	36	52,9
Ensino secundário ou superior	6	8,8
Total	68	100,0

Na Tabela 3 e 4 realça-se a **situação profissional** podendo verificar-se que 83,8% das mulheres estão inativas/reformadas e apenas 16,2% estão em atividade. Ao longo da vida, as suas **profissões** foram distribuídas por trabalhos não qualificados (58,8%); Agricultura e Pescas (19,1%); Pessoal dos Serviços e Vendedores (7,4%); Operários e Artífices (2,9%); Operadores de Instalações e Máquinas (2,9%); Profissões Intelectuais e Científicas (5,9%) e Pessoal Administrativo (1,5%) e Quadros Superiores (1,5%).

A **zona de residência** é maioritariamente rural (67,6%). Vivem em casa própria (66,2%) ou num lar (25%) e vivem com companhia (82,4%).

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica em função da situação profissional, profissão e residência.

Caracterização sociodemográfica em função da situação profissional, profissão e residência.	N	%
Situação profissional		
Está no ativo	11	16,2
Inativo/reformado	57	83,8
Total	68	100,0
Profissão		
	N	%
Quadros Sup. Admin. Pública, Dirigentes e Quadros Sup. Empr.	1	1,5
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	4	5,9
Pessoal Administrativo e Similares	1	1,5
Pessoal dos Serviços e Vendedores	5	7,4
Agricultores e Trabalh. Qualificados da Agricultura e Pescas	13	19,1
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	2	2,9
Operad. Instalações e Máquinas e Trabalh. da Montagem	2	2,9
Trabalhadores Não Qualificados	40	58,8
Total	68	100,0
Residência		
	N	%
Zona rural	46	67,6
Zona urbana	22	32,4
Total	68	100,0

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica em função da situação profissional, profissão, residência, onde vive e com quem vive (Cont.).

Onde vive	N	%
Casa própria	45	66,2
Casa arrendada ou de familiares	6	8,8
Lar	17	25,0
Total	68	100,0
Com quem vive	N	%
Sozinho	12	17,6
Com companhia	56	82,4
Total	68	100,0

4.1.2. Caracterização Obstétrica

A caracterização obstétrica das mulheres com IU pretende identificar o nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto, nº de horas em trabalho de parto, local do parto, existência de laceração ou rasgadura e nº de filhos com peso superior a 4Kg.

O **IMC (Peso/Altura²)** oscila entre 17,58 e 41,26 Kg/m² com uma média de \bar{X} =26,35 Kg/m² (\pm 4,59). A distribuição do IMC é assimétrica (Sk=0,736/0,291=2,529) e leptocúrtica (Kw=1,051/0,574=1,831) conforme dados da Tabela 5.

Tabela 5. Análise descritiva do IMC.

Análise descritiva do peso, altura e IMC	N	Mín.	Máx.	\bar{X}	dp	Sk	Erro	Kw	Erro
Peso	68	45	103	66,47	12,28	,622	,291	,175	,574
Altura	68	1,40	1,80	1,58	,06	,307	,291	1,108	,574
IMC	68	17,58	41,26	26,35	4,59	,736	,291	1,051	,574

Na Tabela 6 apresentam-se as características obstétricas das mulheres com IU inquiridas.

Relativamente ao **IMC** constata-se que 44,1% têm pré-obesidade; 36,8% têm peso normal; 11,8% têm obesidade classe I; 4,4% revelam obesidade classe II; 1,5% revelam obesidade classe III e 1,5% têm baixo peso. Quanto ao **número de gravidezes**, 48,5% das mulheres estiveram grávidas entre 1 a 2 vezes; 22,1% estiveram grávidas entre 2 a 4 vezes; 20,6% estiveram grávidas mais que 5 vezes e 8,8% não teve gravidezes. No **número de filhos** verifica-se que 54,4% das mulheres tiveram entre 1 a 2 filhos; 36,8% tiveram 3 filhos ou mais e 8,8% não tiveram filhos.

Tabela 6. Caracterização obstétrica.

Caracterização obstétrica.	N	%
IMC		
Baixo peso	1	1,5
Peso normal	25	36,8
Pré-obesidade	30	44,1
Obesidade classe I	8	11,8
Obesidade classe II	3	4,4
Obesidade classe III	1	1,5
Total	68	100,0
Nº de gravidezes	N	%
0 gravidezes	6	8,8
1 - 2 gravidezes	33	48,5
2 - 4 gravidezes	15	22,1
> 5 gravidezes	14	20,6
Total	68	100,0
Nº Filhos	N	%
0 filhos	6	8,8
1 - 2 filhos	37	54,4
> 2 filhos	25	36,8
Total	68	100,0

Através da Tabela 7 pode identificar-se o **tipo de parto** mais frequente nas mulheres desta amostra. Constata-se que 82,4% tiveram um parto normal e 8,8% instrumental (cesariana, fórceps ou ventosa). No que diz respeito ao **nº de horas para desencadear o parto** pôde observar-se que para 45,6% das mulheres o 1º parto demorou entre 1 a 10 horas e em igual percentagem mais de 10 horas. No 2º parto 54,4% precisaram mais de 7 horas e 23,5% entre 1 a 7 horas. No 3º parto 11,8% precisaram entre 1 a 7 horas e 26,5% mais de 7 horas. Na escolha do **local do parto** privilegiaram a casa (48,5%) ou o hospital (42,6%).

Tabela 7. Caracterização obstétrica (Cont.).

Caracterização obstétrica (Cont.).	N	%
Tipo de Parto		
Sem parto	6	8,8
Normal	56	82,4
Instrumental	6	8,8
Total	68	100,0
Nº de horas do 1º Parto	N	%
Sem parto	6	8,8
1 - 10 horas	31	45,6
> 10 horas	31	45,6
Total	68	100,0
Nº de horas do 2º Parto	N	%
1 - 7 horas	16	23,5
> 7 horas	37	54,4
Total	53	77,9
Nº de horas do 3º Parto	N	%
1 - 7 horas	8	11,8
> 7 horas	18	26,5
Total	26	38,2
Local do Parto	N	%
Hospital	29	42,6
Casa	33	48,5
Total	62	91,2

Pela leitura da Tabela 8 constata-se que 58,8% das mulheres não tiveram **laceração ou rasgadura** durante o parto e 32,4% tiveram laceração.

Relativamente ao **nº de filhos com peso superior a 4Kg** nenhuma das mulheres respondeu afirmativamente.

Tabela 8. Caracterização obstétrica (Cont.).

Caracterização obstétrica (Cont.).	N	%
Laceração ou rasgadura		
Sem partos	6	8,8
Não	40	58,8
Sim	22	32,4
Total	68	100,0
Teve Filhos com peso > que 4Kg		
Sem partos	6	8,8
Não	62	91,2
Sim	0	0,0
Total	68	100,0

4.1.3. Caracterização do Estado Clínico

Na Tabela 9 evidenciam-se os dados acerca do estado de saúde das mulheres com IU nomeadamente no que respeita à existência de doenças e à toma de medicação.

O **motivo que apontam para recorrerem ao serviço de saúde** foi queda (1,5%); consulta (39,7%); medidas terapêuticas (32,4%) e vacinas (26,5%). E a maioria referiu que já padeceu de alguma doença nos últimos 3 meses (88,2%). Das **doenças referidas** realça-se a cardiovascular (69,1%), psiquiátrica (25%); osteoarticulares (20,6%); pulmonar (19,1%) e diabetes (11,8%).

A maior parte das mulheres também indicou que **toma de medicação** há mais de 3 meses e mais de 5 medicamentos (72,1%).

Tabela 9. Caracterização do estado clínico.

Caracterização do estado clínico.	N	%
Motivo pelo qual recorreu ao serviço de saúde		
Queda	1	1,5
Consulta	27	39,7
Medidas terapêuticas	22	32,4
Vacinas	18	26,5
Total	68	100,0
Doenças há mais de três meses		
Não	8	11,8
Sim	60	88,2
Total	68	100,0
Doenças		
Diabetes	8	11,8
Cardiovascular	47	69,1
Osteoarticulares	14	20,6
Pulmonar	13	19,1
Psiquiatria	17	25,0
Renal	3	4,4
AVC	5	7,4
Síndrome Vertiginosa	3	4,4
Dislipidemia	2	2,9
Toma de medicamentos há mais de três meses		
Não toma	3	4,4
1 - 4 medicamentos	16	23,5
> 5 medicamentos	49	72,1
Total	68	100,0

4.1.4. Caracterização Ginecológica

A caracterização ginecológica far-se-á nas tabelas abaixo indicadas, tendo em conta a informação relativa à perda de urina, existência de infeções urinárias, vaginais ou dermatites, cirurgia para correção da IU, nº de micções, uso de pensos absorventes, a frequência do uso de transporte de pesos superiores a 3Kg e, ainda, se sofre de obstipação.

Na Tabela 10 apresentam-se os dados sobre a **perda de urina involuntária** onde se pôde observar que 89,7% sofrem de IU sendo que 67,6% referem que perdem urina involuntariamente entre 1 a 4 anos e 22,1% há mais de 5 anos.

No que diz respeito às **infeções**, 17,6% já tiveram infeções urinárias e 7,4% infeções vaginais. Nenhuma delas fez **cirurgia de correção da IU**. Relativamente às **micções**, 82,4% tem entre 1 a 6 micções por dia e 64,7% entre 1 e 2 micções por noite.

Tabela 10. Caracterização ginecológica em função da perda de urina, infecções urinárias e vaginais, cirurgia de correção e quantidade de micções.

Caracterização ginecológica em função da perda de urina, infecções urinárias e vaginais, cirurgia de correção e quantidade de micções.	N	%
Perda de urina		
Não	7	10,3
Sim	61	89,7
Total	68	100,0
Nº anos de perda		
1 - 4anos	46	67,6
> 5 anos	15	22,1
Total	61	89,7
Infeções urinárias		
Não	56	82,4
Sim	12	17,6
Total	68	100,0
Infeções vaginais		
Não	63	92,6
Sim	5	7,4
Total	68	100,0
Micções durante o dia		
1 - 6 micções/dia	56	82,4
> 6 micções/dia	12	17,6
Total	68	100,0
Micções durante a noite		
1 - 2 micções/noite	44	64,7
> 2 micções/noite	24	35,3
Total	68	100,0

Através da leitura da Tabela 11 observa-se que 52,9% das mulheres com IU usam **pensos absorventes** sendo que 66,2% usam entre 1 a 2 pensos por dia. E maioritariamente não **sofrem de obstipação** (51,5%).

Quanto ao **transporte de pesos superiores a 3Kg**, 48,5% das mulheres nunca transportam pesos e 41,2% fazem-no muitas vezes.

Tabela 11. Caracterização ginecológica em função do uso de pensos absorventes, obstipação e transporte de pesos superiores a 3Kg.

Caracterização ginecológica em função do uso de pensos absorventes, obstipação e transporte de pesos superiores a 3Kg.	N	%
Uso de pensos absorventes		
Não	32	47,1
Sim	36	52,9
Total	68	100,0
Nº de pensos absorventes		
1 - 2 pensos/dia	45	66,2
> 2 pensos/dia	23	33,8
Total	68	100,0
Sofre de obstipação		
Não	35	51,5
Sim	33	48,5
Total	68	100,0
Transporte de pesos superiores a 3Kg		
Nunca	33	48,5
Raramente	4	5,9
Às vezes	3	4,4
Muitas vezes	28	41,2
Total	68	100,0

4.1.5. Impacto de Incontinência Urinária (IU)

Neste ponto pretende-se dar resposta a algumas das questões de investigação. Para o efeito faz-se a caracterização do impacto da incontinência e comparam-se os resultados em função dos indicadores sociodemográficos, obstétricos, clínicos e ginecológicos das mulheres com IU na comunidade.

A caracterização do impacto de incontinência urinária nas mulheres com IU foi efetuada através do estudo da frequência das perdas, o grau de gravidade e o impacto na vida diária.

A análise dos dados da Tabela 12 permite verificar que o **impacto da IU** oscila entre 0 e 20 pontos com uma média de $\bar{x}=11,48 (\pm 6,04)$. A distribuição do impacto da IU é assimétrica ($Sk=-0,545/0,291=-1,883$) e mesocúrtica ($Kw=-0,775/0,574=-1,350$).

Relativamente à frequência da IU observa-se uma média de $\bar{x}=2,81 (\pm 1,49)$, na gravidade $\bar{x}=2,59 (\pm 1,46)$ e no impacto $\bar{x}=6,09 (\pm 3,60)$.

Tabela 12. Análise descritiva do impacto de incontinência urinária.

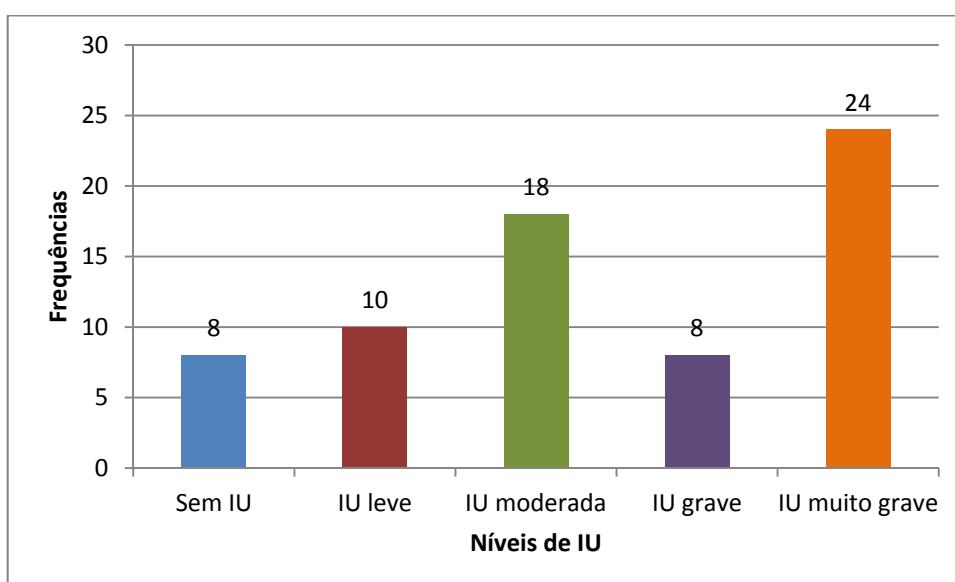
Análise descritiva do Impacto de Incontinência Urinária	Mín.	Máx.	\bar{X}	$\pm dp$	Sk	Std Erro	Kw	Std Erro
Frequência (0 – 5 pontos)	0	5	2,81	1,49	-,732	,291	-,858	,574
Gravidade (0 – 6 pontos)	0	6	2,59	1,46	,171	,291	-,130	,574
Impacto (0 – 10 pontos)	0	10	6,09	3,60	-,355	,291	-1,293	,574
ICIQ Total (0 – 21 pontos)	0	20	11,48	6,04	-,548	,291	-,775	,574

Na Tabela 13 e Gráfico 1 apresentam-se os resultados inerentes às frequências relativas e absolutas dos níveis do impacto da IU. A maioria das mulheres realça um impacto de IU muito grave (35,3%); 26,5% IU moderada; 14,7% IU leve e 11,8% IU grave.

Tabela 13. Níveis do impacto de incontinência urinária.

Níveis do impacto de incontinência urinária	N	%
Sem IU	8	11,8
IU leve	10	14,7
IU moderada	18	26,5
IU grave	8	11,8
IU muito grave	24	35,3
Total	68	100,0

Gráfico 1. Representação gráfica dos níveis do impacto da IU.



4.1.5.1. Impacto da IU em função das variáveis sociodemográficas

Na Tabela 14 evidenciam-se os resultados do cruzamento do impacto da IU em função da idade e do estado civil.

A análise comparativa da distribuição entre classes de idade não revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de IU ($\chi^2=7,956$; $p=0,093$). A idade não influencia o impacto da IU.

Por outro lado, entre os grupos do estado civil há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=14,437$; $p=0,006$). O estado civil influencia o impacto da IU pois os

resíduos estandardizados revelam que as mulheres sem companheiro tendem a ter IU muito grave (1,7) e as mulheres com companheiro tendem a ter IU leve (1,6).

Tabela 14. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da idade e estado civil.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p		
Idade											
65 - 75 anos	N	4	9	7	3	11	34	7,956	,093		
	%	5,9	13,2	10,3	4,4	16,2	50,0				
	Resíduos	,0	1,8	-,7	-,5	-,3					
75 - 95 anos	N	4	1	11	5	13	34				
	%	5,9	1,5	16,2	7,4	19,1	50,0				
	Resíduos	,0	-1,8	,7	,5	,3					
Total	N	8	10	18	8	24	68				
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0				
Estado Civil											
Sem companheiro	N	4	1	5	5	17	32	14,437	,006		
	%	5,9	1,5	7,4	7,4	25,0	47,1				
	Resíduos	,1	-1,7	-1,2	,6	1,7					
Com companheiro	N	4	9	13	3	7	36				
	%	5,9	13,2	19,1	4,4	10,3	52,9				
	Resíduos	-,1	1,6	1,1	-,6	-1,6					
Total	N	8	10	18	8	24	68				
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0				

Na Tabela 15 compara-se a distribuição do impacto da IU face às habilitações literárias verificando-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=8,622$; $p=0,375$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pela habilitação literária das mulheres com IU.

Tabela 15. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da habilitação literária.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Habilitação liter.									
Baixa escolaridade	N	3	1	6	5	11	26	8,622	,375
	%	4,4	1,5	8,8	7,4	16,2	38,2		
	Resíduos	,0	-1,4	-,3	1,1	,6			
Ensino básico	N	5	8	9	3	11	36		
	%	7,4	11,8	13,2	4,4	16,2	52,9		
	Resíduos	,4	1,2	-,2	-,6	-,5			
Ensino secundário ou superior	N	0	1	3	0	2	6		
	%	,0	1,5	4,4	,0	2,9	8,8		
	Resíduos	-,8	,1	1,1	-,8	-,1			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		

Através da Tabela 16 constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas na IU face à profissão ($\chi^2=24,482$; $p=0,656$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pela profissão das mulheres com IU.

Tabela 16. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da profissão.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Profissão									
Quadros Sup.	N	0	0	1	0	0	1	24,482	,656
Admin. Pública	%	,0	,0	1,5	,0	,0	1,5		
Dirigentes e Quadros Sup. Empr.	Resíduos	-,3	-,4	1,4	-,3	-,6			
Profissões Intelectuais	N	0	1	2	1	0	4		
Científicas	%	,0	1,5	2,9	1,5	,0	5,9		
Pessoal Administrativo Similares	Resíduos	-,7	,5	,9	,8	-,12			
Pessoal dos Serviços e Vendedores	N	0	0	0	0	1	1		
Trabalh. da Agricultura e Pescas	%	,0	,0	,0	,0	1,5	1,5		
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	Resíduos	-,3	-,4	-,5	-,3	1,1			
Operad. Instalações e Máquinas e	N	1	0	1	0	3	5		
Trabalhadores Qualificados	%	1,5	,0	1,5	,0	4,4	7,4		
	Resíduos	,5	-,9	-,3	-,8	,9			
	N	0	1	4	1	7	13		
	%	,0	1,5	5,9	1,5	10,3	19,1		
	Resíduos	-,12	-,7	,3	-,4	1,1			
	N	1	0	1	0	0	2		
	%	1,5	,0	1,5	,0	,0	2,9		
	Resíduos	1,6	-,5	,6	-,5	-,8			
	N	0	0	0	0	2	2		
	%	,0	,0	,0	,0	2,9	2,9		
	Resíduos	-,5	-,5	-,7	-,5	1,5			
	N	6	8	9	6	11	40		
	%	8,8	11,8	13,2	8,8	16,2	58,8		
	Resíduos	,6	,9	-,5	,6	-,8			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		

Na Tabela 17 faz a leitura dos dados do impacto da IU face à zona de residência. Como nos é dado a observar não há diferenças estatisticamente significativas na IU face à zona de residência ($\chi^2=4,603$; $p=0,331$).

Tabela 17. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da residência.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Residência									
Zona rural	N	4	5	12	7	18	46	4,603	,331
	%	5,9	7,4	17,6	10,3	26,5	67,6		
	Resíduos	-,6	-,7	-,1	,7	,4			
Zona urbana	N	4	5	6	1	6	22		
	%	5,9	7,4	8,8	1,5	8,8	32,4		
	Resíduos	,9	1,0	,1	-,10	-,6			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		

Na Tabela 18 estão expressos os dados do impacto da IU em função de onde vivem e com quem vivem as mulheres desta amostra.

Pode verificar-se que não há diferenças estatisticamente significativas na IU em função de onde vivem ($\chi^2=10,536$; $p=0,229$). Também, não se observaram diferenças estatisticamente significativas na IU em função de com quem vivem ($\chi^2=1,025$; $p=0,906$).

A distribuição do impacto da IU não é influenciada pelo facto das mulheres viverem em casa própria ou arrendada ou viverem sozinhas ou acompanhadas.

Tabela 18. Níveis do impacto de incontinência urinária em função de onde vive e com quem vivem.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Onde Vive									
Casa própria	N	5	10	13	4	13	45	10,536	,229
	%	7,4	14,7	19,1	5,9	19,1	66,2		
Casa arrendada ou de familiares	Resíduos	-,1	1,3	,3	-,6	-,7			
	N	1	0	2	0	3	6		
Lar	%	1,5	,0	2,9	,0	4,4	8,8		
	Resíduos	,4	-,9	,3	-,8	,6			
Total	N	2	0	3	4	8	17		
	%	2,9	,0	4,4	5,9%	11,8	25,0		
Total	Resíduos	,0	-1,6	-,7	1,4	,8			
	N	8	10	18	8	24	68		
Total	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		
	Vive com								
Sozinho	N	2	1	3	2	4	12	1,025	,906
	%	2,9	1,5	4,4	2,9	5,9	17,6		
Acompanhado	Resíduos	,5	-,6	-,1	,5	-,1			
	N	6	9	15	6	20	56		
Total	%	8,8	13,2	22,1	8,8	29,4	82,4		
	Resíduos	-,2	,3	,0	-,2	,1			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		

4.1.5.2. Impacto da IU em função das variáveis obstétricas

Nas tabelas abaixo indicadas faz-se a leitura do cruzamento do impacto da IU em função dos indicadores obstétricos.

Assim (cf. Tabela 19), denota-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre o Impacto da IU e os índices de IMC ($\chi^2=24,543$; $p=0,219$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pelo IMC das mulheres com IU.

Tabela 19. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do IMC.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Classes de IMC									
Baixo peso	N	0	0	0	0	1	1	24,543	,219
	%	,0	,0	,0	,0	1,5	1,5		
	Resíduos	-,3	-,4	-,5	-,3	1,1			
Peso normal	N	3	4	6	3	9	25		
	%	4,4	5,9	8,8	4,4	13,2	36,8		
	Resíduos	,0	,2	-,2	,0	,1			
Pré-obesidade	N	2	3	9	4	12	30		
	%	2,9	4,4	13,2	5,9	17,6	44,1		
	Resíduos	-,8	-,7	,4	,3	,4			
Obesidade classe I	N	1	3	2	0	2	8		
	%	1,5	4,4	2,9	,0	2,9	11,8		
	Resíduos	,1	1,7	-,1	-1,0	-,5			
Obesidade classe II	N	2	0	1	0	0	3		
	%	2,9	,0	1,5	,0	,0	4,4		
	Resíduos	2,8	-,7	,2	-,6	-1,0			
Obesidade classe III	N	0	0	0	1	0	1		
	%	,0	,0	,0	1,5	,0	1,5		
	Resíduos	-,3	-,4	-,5	2,6	-,6			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		

Na Tabela 20 e 21 denota-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre o Impacto da IU e o nº de gravidezes ($\chi^2=12,914$; $p=0,375$), o nº de filhos ($\chi^2=13,577$; $p=0,093$), o tipo de parto ($\chi^2=3,415$; $p=0,906$) e a existência de laceração ou rasgadura durante o parto ($\chi^2=1,728$; $p=0,786$). A distribuição do impacto da IU não é influenciada pelo nº de gravidezes, pelo nº de filhos, pelo tipo de parto ou pela existência de laceração ou rasgadura.

Tabela 20. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do nº de gravidezes.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Nº de gravidezes									
0 gravidezes	N	1	1	1	1	2	6	12,914	,375
	%	1,5	1,5	1,5	1,5	2,9	8,8		
	Resíduos	,4	,1	-,5	,4	-,1			
1 - 2 gravidezes	N	3	9	10	3	8	33		
	%	4,4	13,2	14,7	4,4	11,8	48,5		
	Resíduos	-,4	1,9	,4	-,4	-1,1			
2 - 4 gravidezes	N	3	0	3	2	7	15		
	%	4,4	,0	4,4	2,9	10,3	22,1		
	Resíduos	,9	-1,5	-,5	,2	,7			
> 5 gravidezes	N	1	0	4	2	7	14		
	%	1,5	,0	5,9	2,9	10,3	20,6		
	Resíduos	-,5	-1,4	,2	,3	,9			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		

Tabela 21. Níveis do impacto de incontinência urinária em função nº de filhos, tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Nº de filhos									
0 filhos	N	1	1	1	1	2	6	13,577	,093
	%	1,5	1,5	1,5	1,5	2,9	8,8		
	Resíduos	,4	,1	-,5	,4	-,1			
1 - 2 filhos	N	5	9	12	3	8	37		
	%	7,4	13,2	17,6	4,4	11,8	54,4		
	Resíduos	,3	1,5	,7	-,6	-1,4			
> 3 filhos	N	2	0	5	4	14	25		
	%	2,9	,0	7,4	5,9	20,6	36,8		
	Resíduos	-,5	-1,9	-,6	,6	1,7			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		
Tipo de parto									
Sem parto	N	1	1	1	1	2	6	3,415	,906
	%	1,5	1,5	1,5	1,5	2,9	8,8		
	Resíduos	,4	,1	-,5	,4	-,1			
Normal	N	6	7	16	6	21	56		
	%	8,8	10,3	23,5	8,8	30,9	82,4		
	Resíduos	-,2	-,4	,3	-,2	,3			
Instrumental	N	1	2	1	1	1	6		
	%	1,5	2,9	1,5	1,5	1,5	8,8		
	Resíduos	,4	1,2	-,5	,4	-,8			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		
Laceração									
Não	N	5	6	11	3	15	40	1,728	,786
	%	8,1	9,7	17,7	4,8	24,2	64,5		
	Resíduos	,2	,1	,0	-,7	,2			
Sim	N	2	3	6	4	7	22		
	%	3,2	4,8	9,7	6,5	11,3	35,5		
	Resíduos	-,3	-,1	,0	1,0	-,3			
Total	N	7	9	17	7	22	62		
	%	11,3	14,5	27,4	11,3	35,5	100,0		

Podemos, ainda, observar (cf. Tabela 22), que não há diferenças estatisticamente significativas entre o Impacto da IU e as horas necessárias para o trabalho do 1º parto ($\chi^2=0,977$; $p=0,998$), nem do 2º parto ($\chi^2=7,130$; $p=0,679$) nem do 3º parto ($\chi^2=3,020$; $p=0,389$).

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o Impacto da IU e o local do parto ($\chi^2=0,381$; $p=0,984$).

A distribuição do impacto da IU não é influenciada pela demora do trabalho de parto nem pelo local onde foi realizado.

Tabela 22. Níveis do impacto de incontinência urinária em função do nº de horas de trabalho de parto e local onde foi realizado.

Níveis do impacto de incontinência urinária	Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	P			
1º Parto											
Sem partos	N	1	1	1	1	2	6	,977	,998		
	%	1,5	1,5	1,5	1,5	2,9	8,8				
1 - 10 horas	Resíduos	,4	,1	-,5	,4	-,1					
	N	3	4	9	4	11	31				
> 10 horas	%	4,4	5,9	13,2	5,9	16,2	45,6				
	Resíduos	-,3	-,3	,3	,2	,0					
Total	N	4	5	8	3	11	31				
	%	5,9	7,4	11,8	4,4	16,2	45,6				
Total	Resíduos	,2	,2	-,1	-,3	,0					
	N	8	10	18	8	24	68				
%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0					
2º Parto											
1 - 7 horas	N	2	5	3	0	6	16	7,113	,130		
	%	3,8	9,4	5,7	,0	11,3	30,2				
> 7 horas	Resíduos	,1	1,7	-,6	-1,3	,1					
	N	4	3	11	6	13	37				
Total	%	7,5	5,7	20,8	11,3	24,5	69,8				
	Resíduos	-,1	-1,1	,4	,9	-,1					
Total	N	6	8	14	6	19	53				
	%	11,3	15,1	26,4	11,3	35,8	100,0				
3º Parto											
1 - 7 horas	N	1	0	1	0	6	8			3,020	,389
	%	3,8	0,0	3,8	,0	23,1	30,8				
> 7 horas	Resíduos	,1	0,0	-,4	-1,1	,8					
	N	2	0	4	4	8	18				
Total	%	7,7	0,0	15,4	15,4	30,8	69,2				
	Resíduos	-,1	0,0	,3	,7	-,5					
Total	N	3	0	5	4	14	26				
	%	11,5	0,0	19,2	15,4	53,8	100,0				
Local do parto											
Hospital	N	3	4	9	3	10	29	,381	,984		
	%	4,8	6,5	14,5	4,8	16,1	46,8				
Casa	Resíduos	-,2	-,1	,4	-,2	-,1					
	N	4	5	8	4	12	33				
Total	%	6,5	8,1	12,9	6,5	19,4	53,2				
	Resíduos	,1	,1	-,3	,1	,1					
Total	N	7	9	17	7	22	62				
	%	11,3	14,5	27,4	11,3	35,5	100,0				

4.1.5.4. Impacto da IU em função das variáveis clínicas

Neste ponto, efetuou-se o cruzamento do impacto da IU com os motivos para recorrer ao serviço de saúde e, ainda, face à toma de medicação.

Assim, relativamente aos motivos para recorrer ao serviço de saúde (cf. Tabela 23) não há diferenças estatisticamente significativas com o Impacto da IU ($\chi^2=7,952$; $p=0,789$) nem em função da toma de medicação ($\chi^2=15,333$; $p=0,053$). A distribuição

do impacto da IU não é influenciada pelos motivos porque recorrem ao serviço de saúde nem pela toma de medicação.

Tabela 23. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da toma de medicação e face ao motivo que recorre ao serviço de saúde.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Motivo que recorre ao serviço de saúde									
Queda	N	0	0	0	0	1	1	7,952	,789
	%	,0	,0	,0	,0	1,5	1,5		
Consulta	Resíduos	-,3	-,4	-,5	-,3	1,1			
	N	4	4	6	3	10	27		
Medidas terapêuticas	%	5,9	5,9	8,8	4,4	14,7	39,7		
	Resíduos	,5	,0	-,4	-,1	,2			
Vacinas	N	1	2	9	2	8	22		
	%	1,5	2,9	13,2	2,9	11,8	32,4		
Total	Resíduos	-1,0	-,7	1,3	-,4	,1			
	N	3	4	3	3	5	18		
Total	%	4,4	5,9	4,4	4,4	7,4	26,5		
	Resíduos	,6	,8	-,8	,6	-,5			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		
Medicação									
Não toma medicamentos	N	2	1	0	0	0	3	15,333	,053
	%	2,9	1,5	,0	,0	,0	4,4		
Entre 1 a 4 medicamentos	Resíduos	2,8	,8	-,9	-,6	-1,0			
	N	1	4	6	1	4	16		
Mais de 5 medicamentos	%	1,5	5,9	8,8	1,5	5,9	23,5		
	Resíduos	-,6	1,1	,9	-,6	-,7			
Total	N	5	5	12	7	20	49		
	%	7,4	7,4	17,6	10,3	29,4	72,1		
Total	Resíduos	-,3	-,8	-,3	,5	,7			
	N	8	10	18	8	24	68		
Total	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		

4.1.5.3. Impacto da IU em função das variáveis ginecológicas

Nas tabelas abaixo indicadas evidenciam-se os dados do impacto da IU em função dos indicadores ginecológicos.

Assim (cf. Tabela 24), denota-se que há diferenças na distribuição entre o impacto da IU e a perda de urina. Com efeito, os resíduos standardizados (6,8) indicam que todas as mulheres que referem que não têm perda de urina são aquelas que não têm impacto de IU ($\chi^2=58,525$; $p=0,000$). Relativamente à distribuição do impacto da IU em função do nº de anos de perda de urina constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,792$; $p=0,435$).

Também não se observaram diferenças estatisticamente significativas na análise do impacto da IU em função da existência de infecções urinárias ($\chi^2=4,466$; $p=0,347$) e em função da existência de infecções vaginais ($\chi^2=1,168$; $p=0,883$).

Tabela 24. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da perda de urina, nº de anos de perda e existência de infecções urinárias e vaginais.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Perda de urina									
Não	N	7	0	0	0	0	7	58,525	,000
	%	10,3	,0	,0	,0	,0	10,3		
	Resíduos	6,8	-1,0	-1,4	-,9	-1,6			
Sim	N	1	10	18	8	24	61		
	%	1,5	14,7	26,5	11,8	35,3	89,7		
	Resíduos	-2,3	,3	,5	,3	,5			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		
Anos de perda de urina									
1 - 4 anos	N	1	9	15	5	16	46	3,792	,435
	%	1,6	14,8	24,6	8,2	26,2	75,4		
	Resíduos	,3	,5	,4	-,4	-,5			
> 5 anos	N	0	1	3	3	8	15		
	%	,0	1,6	4,9	4,9	13,1	24,6		
	Resíduos	-,5	-,9	-,7	,7	,9			
Total	N	1	10	18	8	24	61		
	%	1,6	16,4	29,5	13,1	39,3	100,0		
Infecções urinárias									
Não	N	8	9	15	5	19	56	4,466	,347
	%	11,8	13,2	22,1	7,4	27,9	82,4		
	Resíduos	,6	,3	,0	-,6	-,2			
Sim	N	0	1	3	3	5	12		
	%	,0	1,5	4,4	4,4	7,4	17,6		
	Resíduos	-1,2	-,6	-,1	1,3	,4			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		
Infecções vaginais									
Não	N	8	9	17	7	22	63	1,168	,883
	%	11,8	13,2	25,0	10,3	32,4	92,6		
	Resíduos	,2	-,1	,1	-,2	,0			
Sim	N	0	1	1	1	2	5		
	%	,0	1,5	1,5	1,5	2,9	7,4		
	Resíduos	-,8	,3	-,3	,5	,2			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		

Relativamente à frequência das micções (cf. Tabela 25 e 26) observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas em função do impacto da IU e o nº de micções por dia ($\chi^2=1,981$; $p=0,739$) nem nas micções por noite ($\chi^2=3,364$; $p=0,499$).

Já no que diz respeito à distribuição do impacto da IU em função do uso de pensos absorventes constata-se que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=14,947$; $p=0,005$). Os resíduos estandardizados das mulheres que têm impacto de

IU grave ou muito grave (1,4) indiciam que usam mais pensos absorventes diariamente. Quanto maior o impacto da IU mais pensos absorventes têm que usar.

No que concerne à distribuição do impacto da IU em função do transporte de pesos superiores a 3Kg verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=12,997$; $p=0,369$) assim como quanto à presença de obstipação ($\chi^2=5,435$; $p=0,246$).

Tabela 25. Níveis do impacto de incontinência urinária em função das micções e uso de pensos absorventes e do transporte de pesos superiores a 3Kg.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p		
Micções / dia											
1 - 6 micções/dia	N	7	9	13	7	20	56	1,981	,739		
	%	10,3	13,2	19,1	10,3	29,4	82,4				
> 6 micções	Resíduos	,2	,3	-,5	,2	,1	12				
	N	1	1	5	1	4	12				
Total	%	1,5	1,5	7,4	1,5	5,9	17,6				
	Resíduos	-,3	-,6	1,0	-,3	-,1	68				
		N	8	10	18	8	24				
		%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3				
Micções / noite											
1 - 2 micções/noite	N	5	9	11	5	14	44			3,364	,499
	%	7,4	13,2	16,2	7,4	20,6	64,7				
> 2 micções	Resíduos	-,1	1,0	-,2	-,1	-,4	24				
	N	3	1	7	3	10	24				
Total	%	4,4	1,5	10,3	4,4	14,7	35,3				
	Resíduos	,1	-1,3	,3	,1	,5	68				
		N	8	10	18	8	24				
		%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3				
Uso de pensos											
1 - 2 pensos	N	8	10	12	3	12	45	14,947	,005		
	%	11,8	14,7	17,6	4,4	17,6	66,2				
> 2 pensos	Resíduos	1,2	1,3	,0	-1,0	-1,0	23				
	N	0	0	6	5	12	23				
Total	%	,0	,0	8,8	7,4	17,6	33,8				
	Resíduos	-1,6	-1,8	,0	1,4	1,4	68				
		N	8	10	18	8	24				
		%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3				
Pesos > 3Kg											
Nunca	N	4	2	9	6	12	33			12,997	,369
	%	5,9	2,9	13,2	8,8	17,6	48,5				
Raramente	Resíduos	,1	-1,3	,1	1,1	,1	4				
	N	0	0	3	0	1	4				
Às vezes	%	,0	,0	4,4	,0	1,5	5,9				
	Resíduos	-,7	-,8	1,9	-,7	-,3	3				
Muitas vezes	N	0	1	1	0	1	3				
	%	,0	1,5	1,5	,0	1,5	4,4				
Total	Resíduos	-,6	,8	,2	-,6	-,1	28				
	N	4	7	5	2	10	28				
Total	%	5,9	10,3	7,4	2,9	14,7	41,2				
	Resíduos	,4	1,4	-,9	-,7	,0	68				
		N	8	10	18	8	24				
		%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3				

Tabela 26. Níveis do impacto de incontinência urinária em função da obstipação.

Níveis do impacto de incontinência urinária		Sem IU	IU Leve	IU Moderada	IU Grave	IU Muito grave	Total	χ^2	p
Obstipação									
Não	N	5	8	7	3	12	35	5,435	,246
	%	7,4	11,8	10,3	4,4	17,6	51,5		
Sim	Resíduos	,4	1,3	-,7	-,6	-,1			
	N	3	2	11	5	12	33		
Total	%	4,4	2,9	16,2	7,4	17,6	48,5		
	Resíduos	-,4	-1,3	,8	,6	,1			
Total	N	8	10	18	8	24	68		
	%	11,8	14,7	26,5	11,8	35,3	100,0		

4.1.6. Atividades Instrumentais da Vida Diárias (AIVD)

Neste ponto evidenciam-se os dados referentes ao nível de dependência das mulheres face às atividades instrumentais da vida diária: capacidade para usar telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, modo de transporte, medicação e lidar com dinheiro e comparam-se os resultados em função dos indicadores sociodemográficos, obstétricos, clínicos e ginecológicos das mulheres com IU na comunidade.

A análise dos dados da Tabela 27 permite verificar que os valores das AIVD oscilam entre 8 e 30 pontos com uma média de $\bar{x}=13,26 (\pm 6,90)$. A distribuição das atividades instrumentais da vida diária é assimétrica ($Sk=1,240/0,291=4,261$) e mesocúrtica ($Kw=0,226/0,574=0,393$).

Tabela 27. Análise descritiva das atividades instrumentais da vida diária.

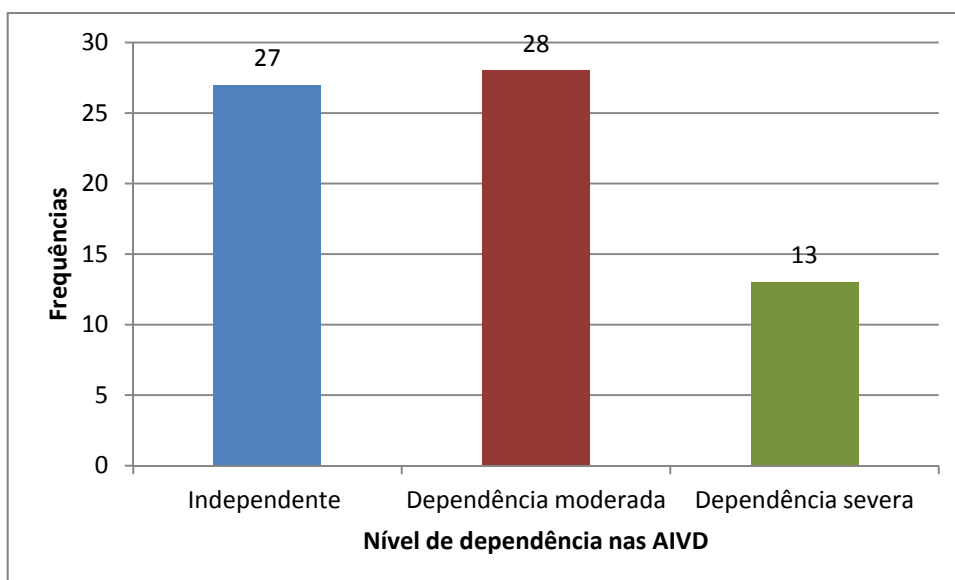
Análise descritiva das atividades instrumentais da vida diária	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ dp	Sk	Std Erro	Kw	Std Erro
Capacidade para usar telefone	1	4	1,44	,79	1,555	,291	1,048	,574
Fazer compras	1	4	1,66	1,04	1,291	,291	,191	,574
Preparar refeições	1	4	1,78	1,25	1,131	,291	-,604	,574
Cuidar da casa	1	5	1,85	1,41	1,435	,291	,500	,574
Lavar a roupa	1	3	1,46	,67	1,197	,291	,182	,574
Modo de transporte	1	5	2,31	1,51	,535	,291	-1,428	,574
Medicação	1	3	1,31	,62	1,880	,291	2,241	,574
Lidar com dinheiro	1	3	1,46	,65	1,146	,291	,170	,574
Total	8	30	13,26	6,90	1,240	,291	,226	,574

Na Tabela 28 e Gráfico 2 apresentam-se os resultados inerentes ao nível de dependência nas AIVD. A maioria das mulheres realça um nível de dependência moderada (41,2%); 19,1% têm dependência severa e 39,7% são independentes

Tabela 28. Níveis das atividades instrumentais da vida diária.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária	N	%
Independente	27	39,7
Dependência moderada	28	41,2
Dependência severa	13	19,1
Total	68	100,0

Gráfico 2. Níveis de dependência das atividades de vida diária.



4.1.6.1. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis sociodemográficas

Na Tabela 29 evidenciam-se os resultados do cruzamento das AIVD em função da idade e do estado civil. A análise comparativa da distribuição entre classes de idade revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de dependência das AIVD ($\chi^2=13,789$; $p=0,001$) assim como entre os grupos do estado civil ($\chi^2=17,466$; $p=0,000$). A distribuição dos níveis de dependência das AIVD é influenciada pela idade e pelo estado civil das mulheres com IU. A análise dos resíduos standartizados revela

que as mulheres com dependência severa tendem a ter idades entre os 75 e os 95 anos (2,2) e vivem sem companheiro (2,4).

Tabela 29. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da idade e estado civil.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p		
Classes de Idade									
65 - 75 anos	N	19	14	1	34	13,789	,001		
	%	27,9	20,6	1,5	50,0				
	Resíduos	1,5	,0	-2,2					
75 - 95 anos	N	8	14	12	34				
	%	11,8	20,6	17,6	50,0				
	Resíduos	-1,5	,0	2,2					
Total	N	27	28	13	68				
	%	39,7	41,2	19,1	100,0				
Estado Civil									
Sem companheiro	N	6	14	12	32	17,466	,000		
	%	8,8	20,6	17,6	47,1%				
	Resíduos	-1,9	,2	2,4					
Com companheiro	N	21	14	1	36				
	%	30,9	20,6	1,5	52,9%				
	Resíduos	1,8	-,2	-2,2					
Total	N	27	28	13	68				
	%	39,7	41,2	19,1	100,0%				

Na Tabela 30 compara-se a distribuição das AIVD face às habilitações literárias, onde se pôde constatar que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=13,330$; $p=0,010$). A distribuição das AIVD é influenciada pelas habilitações literárias das mulheres com IU. Os resíduos apontam para que as mulheres com dependência severa tenham escolaridade baixa (2,3).

Tabela 30. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da habilitação literária.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p		
Habilitação liter.									
Baixa escolaridade	N	5	11	10	26	13,330	,010		
	%	7,4	16,2	14,7	38,2				
	Resíduos	-1,7	,1	2,3					
Ensino básico	N	18	15	3	36				
	%	26,5	22,1	4,4	52,9				
	Resíduos	1,0	,0	-1,5					
Total	N	4	2	0	6				
	%	5,9	2,9	,0	8,8				
	Resíduos	1,0	-,3	-1,1					
Total	N	27	28	13	68				
	%	39,7	41,2	19,1	100,0				

Na Tabela 31 observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas nas AIVD face à profissão ($\chi^2=15,134$; $p=0,369$). O nível de dependência das AIVD não é influenciado pela profissão das mulheres com IU.

Tabela 31. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da profissão.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Profissão							
Quadros Sup. Admin. Pública,	N	1	0	0	1	15,134	,369
	%	1,5	,0	,0	1,5		
Profissões Intelectuais e Científicas	N	3	1	0	4		
	%	4,4	1,5	,0	5,9		
Pessoal Administrativo e Similares	N	0	1	0	1		
	%	,0	1,5	,0	1,5		
Pessoal dos Serviços e Vendedores	N	4	1	0	5		
	%	5,9	1,5	,0	7,4		
Trabalh. da Agricultura e Pescas	N	5	7	1	13		
	%	7,4	10,3	1,5	19,1		
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	N	1	0	1	2		
	%	1,5	,0	1,5	2,9		
Operad. Instalações e Máquinas	N	0	1	1	2		
	%	,0	1,5	1,5	2,9		
Trabalhadores Qualificados	N	13	17	10	40		
	%	19,1	25,0	14,7	58,8		
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		

Na Tabela 32 faz-se a leitura dos dados das AIVD face à zona de residência. Como nos é dado a observar há diferenças estatisticamente significativas nas AIVD face à zona de residência ($\chi^2=7,890$; $p=0,019$). A distribuição das AIVD é influenciada pela residência das mulheres com IU. Os resíduos apontam para que as mulheres independentes residam em zona urbana (1,8).

Tabela 32. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da residência.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Residência							
Zona rural	N	13	23	10	46	7,890	,019
	%	19,1	33,8	14,7	67,6		
	Resíduos	-1,2	,9	,4			
Zona urbana	N	14	5	3	22		
	%	20,6	7,4	4,4	32,4		
	Resíduos	1,8	-1,3	-,6			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		

No que concerne à análise dos níveis de dependência das AIVD em função de onde e como vivem as mulheres (cf. Tabela 33) constata-se que há diferenças estatisticamente significativas face ao facto de viverem em casa própria, arrendada ou em lar ($\chi^2=29,253$; $p=0,000$). A análise dos resíduos indicia que o nível de dependência das AIVD das mulheres que vivem no lar (3,7) tende a ser severo comparativamente às que vivem em casa própria ou arrendada.

Sobre o facto de viverem sozinhas ou acompanhadas não há diferenças estatisticamente significativas no nível de dependência das AIVD ($\chi^2=5,234$; $p=0,073$).

Tabela 33. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função de onde vive e com quem vivem.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Onde Vive							
Casa própria	N	23	21	1	45	29,253	,000
	%	33,8	30,9	1,5	66,2		
	Resíduos	1,2	,6	-2,6			
Casa arrendada ou de familiares	N	3	1	2	6		
	%	4,4	1,5	2,9	8,8		
	Resíduos	,4	-,9	,8			
Lar	N	1	6	10	17		
	%	1,5	8,8	14,7	25,0		
	Resíduos	-2,2	-,4	3,7			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
Vive com							
Sozinho	N	4	8	0	12	5,234	,073
	%	5,9	11,8	,0	17,6		
	Resíduos	-,4	1,4	-1,5			
Acompanhado	N	23	20	13	56		
	%	33,8	29,4	19,1	82,4		
	Resíduos	,2	-,6	,7			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		

4.1.6.2. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis obstétricas

No que que respeita à análise dos níveis de dependência das AIVD em função do IMC verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=13,694$; $p=0,187$). Também não se evidenciaram diferenças significativas face ao número de gravidezes ($\chi^2=4,563$; $p=0,601$). A distribuição do IMC e do nº de gravidezes não parece influenciar o tipo de dependência das AIVD das mulheres inquiridas (cf. Tabela 34).

Tabela 34. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do IMC, nº de gravidezes.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Classes de IMC							
Baixo peso	N	0	1	0	1	13,694	,187
	%	,0	1,5	,0	1,5		
Peso normal	Resíduos	-,6	,9	-,4			
	N	8	10	7	25		
Pré-obesidade	%	11,8	14,7	10,3	36,8		
	Resíduos	-,6	-,1	1,0			
Obesidade classe I	N	11	15	4	30		
	%	16,2	22,1	5,9	44,1		
Obesidade classe II	Resíduos	-,3	,8	-,7			
	N	6	1	1	8		
Obesidade classe III	%	8,8	1,5	1,5%	11,8		
	Resíduos	1,6	-1,3	-,4			
Total	N	2	1	0	3		
	%	2,9	1,5	,0	4,4		
Total	Resíduos	,7	-,2	-,8			
	N	0	0	1	1		
Total	%	,0	,0	1,5	1,5		
	Resíduos	-,6	-,6	1,8			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
Nº de gravidezes							
0 gravidezes	N	3	1	2	6	4,563	,601
	%	4,4	1,5	2,9	8,8		
1 - 2 gravidezes	Resíduos	,4	-,9	,8			
	N	14	14	5	33		
2 - 4 gravidezes	%	20,6	20,6	7,4	48,5		
	Resíduos	,2	,1	-,5			
> 5 gravidezes	N	7	6	2	15		
	%	10,3	8,8	2,9	22,1		
Total	Resíduos	,4	-,1	-,5			
	N	3	7	4	14		
Total	%	4,4	10,3	5,9	20,6		
	Resíduos	-1,1	,5	,8			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		

Na Tabela 35 constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas quanto ao número de filhos ($\chi^2=5,699$; $p=0,223$), ao tipo de parto ($\chi^2=2,217$; $p=0,696$) e na existência de laceração ou rasgadura ($\chi^2=0,395$; $p=0,821$). A distribuição do nº de filhos, do tipo de parto e da existência de laceração ou rasgadura não parece influenciar o tipo de dependência das AIVD das mulheres inquiridas.

Tabela 35. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do nº de filhos, tipo de parto e a existência de laceração ou rasgadura.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
Nº de filhos							
0 filhos	N	3	1	2	6	5,699	,223
	%	4,4	1,5	2,9	8,8		
	Resíduos	,4	-,9	,8			
1 - 2 filhos	N	18	14	5	37		
	%	26,5	20,6	7,4	54,4		
	Resíduos	,9	-,3	-,8			
> 3 filhos	N	6	13	6	25		
	%	8,8	19,1	8,8	36,8		
	Resíduos	-1,2	,8	,6			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
Tipo de parto							
Sem partos	N	3	1	2	6	2,217	,696
	%	4,4	1,5	2,9	8,8		
	Resíduos	,4	-,9	,8			
Normal	N	21	25	10	56		
	%	30,9	36,8	14,7	82,4		
	Resíduos	-,3	,4	-,2			
Instrumental	N	3	2	1	6		
	%	4,4	2,9	1,5	8,8		
	Resíduos	,4	-,3	-,1			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
Laceração							
Não	N	15	17	8	40	,395	,821
	%	24,2	27,4	12,9	64,5		
	Resíduos	-,1	-,1	,3			
Sim	N	9	10	3	22		
	%	14,5	16,1	4,8	35,5		
	Resíduos	,2	,1	-,5			
Total	N	24	27	11	62		
	%	38,7	43,5	17,7	100,0		

Relativamente à análise dos níveis de dependência das AIVD em função do nº de horas em trabalho de parto pôde observar-se que não há diferenças estatisticamente significativas quer no 1º parto ($\chi^2=4,456$; $p=0,348$), quer no 2º ($\chi^2=2,771$; $p=0,250$) assim como no 3º parto ($\chi^2=1,935$; $p=0,380$).

Também, o local onde foi realizado o parto não evidenciou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,891$; $p=0,143$). Assim, o nº de horas em trabalho

de parto e o local onde foi realizado não parece influenciar o tipo de dependência das AIVD das mulheres com IU inquiridas (cf. Tabela 36).

Tabela 36. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do nº de horas de trabalho de parto e o local do parto.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Independente	Dependência moderada	Dependência severa	Total	χ^2	p
1º Parto							
Não teve filhos	N	3	1	2	6	4,456	,348
	%	4,4	1,5	2,9	8,8		
	Resíduos	,4	-,9	,8			
1 - 10 horas	N	11	12	8	31		
	%	16,2	17,6	11,8	45,6		
	Resíduos	-,4	-,2	,9			
> 10 horas	N	13	15	3	31		
	%	19,1	22,1	4,4	45,6		
	Resíduos	,2	,6	-1,2			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
2º Parto							
1 - 7 horas	N	8	4	4	16	2,771	,250
	%	15,1	7,5	7,5	30,2		
	Resíduos	,5	-1,0	,8			
> 7 horas	N	14	18	5	37		
	%	26,4	34,0	9,4	69,8		
	Resíduos	-,3	,7	-,5			
Total	N	22	22	9	53		
	%	41,5	41,5	17,0	100,0		
3º Parto							
1 - 7 horas	N	1	4	3	8	1,935	,380
	%	3,8	15,4	11,5	30,8		
	Resíduos	-,8	,0	,8			
> 7 horas	N	6	9	3	18		
	%	23,1	34,6	11,5	69,2		
	Resíduos	,5	,0	-,6			
Total	N	7	13	6	26		
	%	26,9	50,0	23,1	100,0		
Local do parto							
Hospital	N	15	10	4	29	3,891	,143
	%	24,2	16,1	6,5	46,8		
	Resíduos	1,1	-,7	-,5			
Casa	N	9	17	7	33		
	%	14,5	27,4	11,3	53,2		
	Resíduos	-1,1	,7	,5			
Total	N	24	27	11	62		
	%	38,7	43,5%	17,7	100,0		

4.1.6.3. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis clínicas

Relativamente à análise dos níveis de dependência das AIVD em função dos motivos porque recorrem ao serviço de saúde não se observam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=6,444$; $p=0,375$) assim como face à toma de

medicação ($\chi^2=6,345$; $p=0,175$) não influenciando o tipo de dependência das AIVD (cf. Tabela 37).

Tabela 37. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função dos motivos porque recorrem ao serviço de saúde e face à toma de medicação.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Motivos porque recorreram ao serviço de saúde							
Queda	N	0	0	1	1	6,444	,375
	%	,0	,0	1,5	1,5		
Consulta	Resíduos	-,6	-,6	1,8			
	N	9	11	7	27		
	%	13,2	16,2	10,3	39,7		
	Resíduos	-,5	,0	,8			
Medidas terapêuticas	N	10	9	3	22		
	%	14,7	13,2	4,4	32,4		
Vacinas	Resíduos	,4	,0	-,6			
	N	8	8	2	18		
	%	11,8	11,8	2,9	26,5		
	Resíduos	,3	,2	-,8			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
Medicação							
Não toma	N	2	1	0	3	6,345	,175
	%	2,9	1,5	,0	4,4		
Entre 1 a 4 medicamentos	Resíduos	,7	-,2	-,8			
	N	10	4	2	16		
	%	14,7	5,9	2,9	23,5		
	Resíduos	1,4	-1,0	-,6			
Mais de 5 medicamentos	N	15	23	11	49		
	%	22,1	33,8	16,2	72,1		
Total	Resíduos	-1,0	,6	,5			
	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		

4.1.6.4. Atividades Instrumentais da Vida Diárias em função das variáveis ginecológicas

Quanto à análise dos níveis de dependência das AIVD em função da perda de urina verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=3,771$; $p=0,152$) assim como também não há diferenças face aos anos de perda ($\chi^2=1,868$; $p=0,393$) e às infeções vaginais ($\chi^2=1,150$; $p=0,563$). A perda de urina, os anos de perda e a existência de infeções vaginais não influenciam a dependência das AIVD.

Relativamente à existência de infeções urinárias foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=7,763$; $p=0,021$) influenciando o tipo de dependência

das AIVD das mulheres com IU (cf. Tabela 38). Os resíduos indiciam que as mulheres com infecções urinárias apresentem uma dependência moderada das AIVD (1,8).

Tabela 38. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função da perda de urina, do nº de anos de perda, da existência de infecções urinárias.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Perda de urina							
Não	N	5	2	0	7	3,771	,152
	%	7,4	2,9	,0	10,3		
	Resíduos	1,3	-,5	-1,2			
Sim	N	22	26	13	61		
	%	32,4	38,2	19,1	89,7		
	Resíduos	-,5	,2	,4			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
Anos de perda de urina							
1 - 4 anos	N	18	20	8	46	1,868	,393
	%	29,5	32,8	13,1%	75,4		
	Resíduos	,3	,1	-,6			
> 5 anos	N	4	6	5	15		
	%	6,6	9,8	8,2%	24,6		
	Resíduos	-,6	-,2	1,0			
Total	N	22	26	13	61		
	%	36,1	42,6	21,3	100,0		
Infeções urinárias							
Não	N	26	22	8	56	7,763	,021
	%	38,2%	32,4%	11,8%	82,4%		
	Resíduos	,8	-,2	-,8			
Sim	N	1	6	5	12		
	%	1,5%	8,8%	7,4%	17,6%		
	Resíduos	-1,7	,5	1,8			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7%	41,2%	19,1%	100,0%		
Infeções vaginais							
Não	N	24	27	12	63	1,150	,563
	%	35,3%	39,7%	17,6%	92,6%		
	Resíduos	-,2	,2	,0			
Sim	N	3	1	1	5		
	%	4,4%	1,5%	1,5%	7,4%		
	Resíduos	,7	-,7	,0			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7%	41,2%	19,1%	100,0%		

No que diz respeito à análise dos níveis de dependência das AIVD em função das micções por dia verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0,061$; $p=0,970$). Contudo, nas micções noturnas observaram-se diferenças ($\chi^2=5,988$; $p=0,050$).

A quantidade de micções noturnas das mulheres com IU parece influenciar o tipo de dependência das AIVD. Os resíduos indiciam que as mulheres com menos micções não são dependentes (1,1) enquanto as que têm mais de 2 micções noturnas têm uma dependência moderada (1,1).

Também no uso de pensos absorventes foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=10,142$; $p=0,006$). Assim, a quantidade de pensos absorventes que usam diariamente parece interferir no tipo de dependência das AIVD pois, as mulheres com dependência moderada tendem a usar mais de 2 pensos (2,2) (cf. Tabela 39).

Tabela 39. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função das micções/dia e por noite e uso de pensos absorventes.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Micções / dia							
1 - 6 micções/dia	N	22	23	11	56	,061	,970
	%	32,4	33,8	16,2	82,4		
	Resíduos	,0	,0	,1			
> 6 micções	N	5	5	2	12		
	%	7,4	7,4	2,9	17,6		
	Resíduos	,1	,0	-,2			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
Micções / noite							
1 - 2 micções/noite	N	22	16	6	44	5,988	,050
	%	32,4	23,5	8,8	64,7		
	Resíduos	1,1	-,5	-,8			
> 2 micções	N	5	12	7	24		
	%	7,4	17,6	10,3	35,3		
	Resíduos	-1,5	,7	1,1			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
Uso de pensos							
1 - 2 pensos	N	22	19	4	45	10,142	,006
	%	32,4	27,9	5,9	66,2		
	Resíduos	1,0	,1	-1,6			
> 2 pensos	N	5	9	9	23		
	%	7,4%	13,2	13,2	33,8		
	Resíduos	-1,4	-,2	2,2			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		

Relativamente ao estudo dos níveis de dependência das AIVD em função do transporte de pesos superiores a 3Kg pode observar-se há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=19,596$; $p=0,003$). Os resíduos realçam que as mulheres que têm uma dependência moderada nunca transportam pesos superiores a 3kg (2,7).

Sobre o facto de as mulheres sofrerem de obstipação não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=5,673$; $p=0,059$).

Assim, o facto de as mulheres com IU transportarem pesos superiores a 3Kg interfere no seu tipo de dependência das AIVD contudo a obstipação não interfere (cf. Tabela 40).

Tabela 40. Níveis das atividades instrumentais da vida diária em função do transporte de pesos > 3Kg.

Níveis das atividades instrumentais da vida diária		Nada	Leve	Moderada	Total	χ^2	p
Pesos > 3Kg							
Nunca	N	7	13	13	33	19,596	,003
	%	10,3	19,1	19,1	48,5		
	Resíduos	-1,7	-,2	2,7			
Raramente	N	2	2	0	4		
	%	2,9	2,9	,0	5,9		
	Resíduos	,3	,3	-,9			
Às vezes	N	2	1	0	3		
	%	2,9	1,5	,0%	4,4		
	Resíduos	,7	-,2	-,8			
Muitas vezes	N	16	12	0	28		
	%	23,5	17,6	,0	41,2		
	Resíduos	1,5	,1	-2,3			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1	100,0		
Obstipação							
Não	N	17	15	3	35	5,673	,059
	%	25,0	22,1	4,4	51,5		
	Resíduos	,8	,2	-1,4			
Sim	N	10	13	10	33		
	%	14,7	19,1	14,7	48,5		
	Resíduos	-,9	-,2	1,5			
Total	N	27	28	13	68		
	%	39,7	41,2	19,1%	100,0		

4.1.7. Risco de Quedas

Neste ponto faz-se caracterização do risco de quedas nas mulheres com IU analisando a história de quedas nos últimos 3 meses, o diagnóstico secundário, a ajuda na mobilização, a terapia endovenosa, a marcha e o seu estado mental e comparam-se os resultados em função os indicadores sociodemográficos, obstétricos, clínicos e ginecológicos das mulheres com IU na comunidade.

Os dados da Tabela 41 permitem verificar que o **risco de quedas** oscila entre 0 e 85 pontos com uma média de $\bar{x}=51,25$ ($\pm 26,93$). A análise do coeficiente de assimetria e de curtose evidencia uma distribuição assimétrica ($Sk=-0,564/0,291=-1,938$) e mesocúrtica ($Kw=-0,750/0,574=-1,306$).

Relativamente à história de quedas nos últimos 3 meses $\bar{x}=18,75$ ($\pm 10,90$), o diagnóstico secundário $\bar{x}=10,59$ ($\pm 6,88$), a ajuda na mobilização $\bar{x}=8,82$ ($\pm 7,87$), a

terapia endovenosa $\bar{x}=6,40 (\pm 9,33)$, a marcha $\bar{x}=7,06 (\pm 5,20)$ e o seu estado mental $\bar{x}=0,00 (\pm 0,00)$.

Tabela 41. Análise descritiva do risco de quedas.

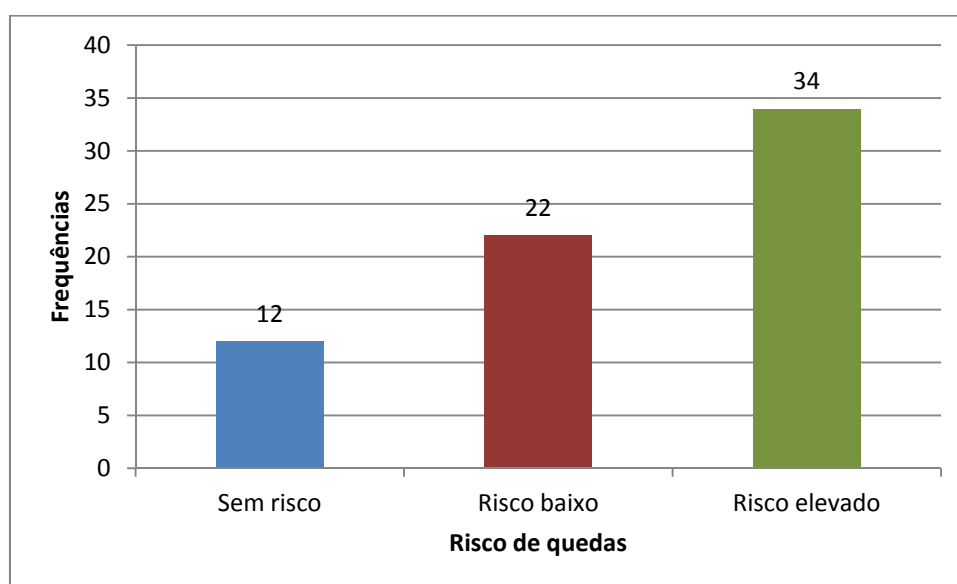
Análise descritiva do risco de quedas	Mín.	Máx.	\bar{X}	σ dp	Sk	Std Erro	Kw	Std Erro
História de quedas nos últimos 3 meses	0	25	18,75	10,90	-1,181	,291	-,625	,574
Diagnóstico secundário	0	15	10,59	6,88	-,924	,291	-1,181	,574
Ajuda na mobilização	0	30	8,82	7,87	-,046	,291	-1,306	,574
Terapia endovenosa	0	20	6,40	9,33	,783	,291	-1,418	,574
Marcha	0	20	7,06	5,20	-,250	,291	-,594	,574
Estado mental	0	0	,00	,00
Total (0 – 125 pontos)	0	85	51,25	26,93	-,564	,291	-,750	,574

Relativamente às frequências relativas e absolutas (cf. Tabela 42 e Gráfico 3) pode observar-se que 50% das mulheres com têm um risco de quedas elevado; 32,4% têm um risco baixo e 17,6% não apresentam risco de quedas.

Tabela 42. Níveis do risco de quedas.

Níveis do risco de quedas	N	%
Sem risco	12	17,6
Risco baixo	22	32,4
Risco elevado	34	50,0
Total	68	100,0

Gráfico 3. Representação gráfica dos níveis do risco de quedas.



4.1.7.1. Risco de Quedas em função das variáveis sociodemográficas

Na Tabela 43 evidenciam-se os resultados do cruzamento do risco de quedas em função da idade e do estado civil. A análise comparativa da distribuição entre classes de idade não revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis do risco de quedas ($\chi^2=4,713$; $p=0,095$) assim como entre os grupos do estado civil ($\chi^2=2,383$; $p=0,304$). A distribuição dos níveis de risco de quedas não é influenciada pela idade nem pelo estado civil das mulheres com IU.

Tabela 43. Níveis do risco de quedas em função da idade e estado civil.

Níveis do risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Classes de Idade							
65 - 75 anos	N	8	7	19	34	4,713	,095
	%	11,8	10,3	27,9	50,0		
	Resíduos	,8	-1,2	,5			
75 - 95 anos	N	4	15	15	34		
	%	5,9	22,1	22,1	50,0		
	Resíduos	-,8	1,2	-,5			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0%		
Estado Civil							
Sem companheiro	N	6	13	13	32	2,383	,304
	%	8,8	19,1	19,1	47,1		
	Resíduos	,1	,8	-,8			
Com companheiro	N	6	9	21	36		
	%	8,8	13,2	30,9	52,9		
	Resíduos	-,1	-,8	,7			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		

Na Tabela 44 compara-se a distribuição do risco de quedas face às habilitações literárias, onde se pôde constatar que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=9,712$; $p=0,046$). A distribuição do risco de quedas é influenciada pelas habilitações literárias das mulheres com IU. Os resíduos apontam para que as mulheres com ensino secundário ou superior não tenham risco de quedas.

Tabela 44. Níveis do risco de quedas em função da habilitação literária.

Níveis do risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Habilitação liter.							
Baixa escolaridade	N	6	10	10		9,712	,046
	%	8,8	14,7	14,7			
Ensino básico	Resíduos	,7	,5	-,8			
	N	3	10	23			
Ensino secundário ou superior	%	4,4	14,7	33,8			
	Resíduos	-1,3	-,5	1,2			
Total	N	3	2	1			
	%	4,4	2,9	1,5			
Total	Resíduos	1,9	,0	-1,2			
	N	12	22	34			
	%	17,6	32,4	50,0			

Na Tabela 45 observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas no risco de quedas face à profissão ($\chi^2=21,926$; $p=0,080$). O risco de quedas não é influenciado pela profissão das mulheres com IU.

Tabela 45 Níveis do risco de quedas diárias em função da profissão.

Níveis do risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Profissão							
Quadros Sup. Admin. Pública,	N	0	1	0	1	21,926	,080
	%	,0	1,5	,0	1,5		
	Resíduos	-,4	1,2	-,7			
Profissões Intelectuais e Científicas	N	3	1	0	4		
	%	4,4	1,5	,0	5,9		
	Resíduos	2,7	-,3	-1,4			
Pessoal Administrativo e Similares	N	0	0	1	1		
	%	,0	,0	1,5	1,5		
	Resíduos	-,4	-,6	,7			
Pessoal dos Serviços e Vendedores	N	1	2	2	5		
	%	1,5	2,9	2,9	7,4		
	Resíduos	,1	,3	-,3			
Trabalh. da Agricultura e Pescas	N	1	5	7	13		
	%	1,5	7,4	10,3	19,1		
	Resíduos	-,9	,4	,2			
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	N	1	1	0	2		
	%	1,5	1,5	,0	2,9		
	Resíduos	1,1	,4	-1,0			
Operad. Instalações e Máquinas	N	0	2	0	2		
	%	,0	2,9	,0	2,9		
	Resíduos	-,6	1,7	-1,0			
Trabalhadores Qualificados	N	6	10	24	40		
	%	8,8	14,7	35,3	58,8		
	Resíduos	-,4	-,8	,9			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		

Na Tabela 46 faz-se a leitura dos dados do risco de quedas face à zona de residência. Como nos é dado a observar não há diferenças estatisticamente significativas

no risco de quedas face à zona de residência ($\chi^2=1,541$; $p=0,463$). A distribuição do risco de quedas não é influenciada pela residência das mulheres com IU.

Tabela 46. Níveis do risco de quedas diária em função da residência.

Níveis do risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Residência							
Zona rural	N	7	17	22	46	1,541	,463
	%	10,3	25,0	32,4	67,6		
	Resíduos	-,4	,5	-,2			
Zona urbana	N	5	5	12	22		
	%	7,4	7,4	17,6	32,4		
	Resíduos	,6	-,8	,3			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		

No que concerne à análise do risco de quedas em função de onde e como vivem as mulheres constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas face ao facto de viverem em casa própria, arrendada ou em lar ($\chi^2=5,926$; $p=0,205$). Sobre o facto de viverem sozinhas ou acompanhadas também não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=1,107$; $p=0,575$).

Tabela 47. Níveis do risco de quedas m função de onde vive e com quem vivem.

Níveis do risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Onde Vive							
Casa própria	N	7	12	26	45	5,926	,205
	%	10,3	17,6	38,2	66,2		
	Resíduos	-,3	-,7	,7			
Casa arrendada ou de familiares	N	0	3	3	6		
	%	,0	4,4	4,4	8,8		
	Resíduos	-1,0	,8	,0			
Lar	N	5	7	5	17		
	%	7,4	10,3	7,4	25,0		
	Resíduos	1,2	,6	-1,2			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0%		
Vive com							
Sozinho	N	1	5	6	12	1,107	,575
	%	1,5	7,4	8,8	17,6		
	Resíduos	-,8	,6	,0			
Acompanhado	N	11	17	28	56		
	%	16,2	25,0	41,2	82,4		
	Resíduos	,4	-,3	,0			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		

4.1.7.2. Risco de Quedas em função das variáveis obstétricas

No que que respeita à análise do risco de quedas em função do IMC verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=18,099$; $p=0,053$). Também não se evidenciaram diferenças significativas face ao número de gravidezes ($\chi^2=7,067$; $p=0,315$), ao número de filhos ($\chi^2=3,507$; $p=0,477$), ao tipo de parto ($\chi^2=2,931$; $p=0,569$) e na existência de laceração ou rasgadura ($\chi^2=1,903$; $p=0,386$). A distribuição do IMC, do nº de gravidezes, do nº de filhos, do tipo de parto e da existência de laceração ou rasgadura não parece influenciar o risco de quedas das mulheres com IU inquiridas (cf. Tabela 48 e 49).

Tabela 48. Risco de quedas em função do IMC e nº de gravidezes.

Risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Classes de IMC							
Baixo peso	N	0	1	0	1	18,099	,053
	%	,0	1,5	,0	1,5		
	Resíduos	-,4	1,2	-,7			
Peso normal	N	4	9	12	25		
	%	5,9	13,2	17,6	36,8		
	Resíduos	-,2	,3	-,1			
Pré-obesidade	N	6	11	13	30		
	%	8,8	16,2	19,1	44,1		
	Resíduos	,3	,4	-,5			
Obesidade classe I	N	0	0	8	8		
	%	,0	,0	11,8	11,8		
	Resíduos	-1,2	-1,6	2,0			
Obesidade classe II	N	2	0	1	3		
	%	2,9	,0	1,5	4,4		
	Resíduos	2,0	-1,0	-,4			
Obesidade classe III	N	0	1	0	1		
	%	,0	1,5	,0	1,5		
	Resíduos	-,4	1,2	-,7			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		
Nº de gravidezes							
0 gravidezes	N	2	1	3	6	7,067	,315
	%	2,9	1,5	4,4	8,8%		
	Resíduos	,9	-,7	,0			
1 - 2 gravidezes	N	5	11	17	33		
	%	7,4	16,2	25,0	48,5		
	Resíduos	-,3	,1	,1			
2 - 4 gravidezes	N	5	4	6	15		
	%	7,4	5,9	8,8	22,1		
	Resíduos	1,4	-,4	-,5			
> 5 gravidezes	N	0	6	8	14		
	%	,0	8,8	11,8	20,6		
	Resíduos	-1,6	,7	,4			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		

Tabela 49. Risco de quedas em função do nº de filhos, tipo de parto e laceração.

Risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Nº de filhos							
0 filhos	N	2	1	3	6	3,507	,477
	%	2,9	1,5	4,4	8,8		
	Resíduos	,9	-,7	,0			
1 - 2 filhos	N	8	11	18	37		
	%	11,8	16,2	26,5	54,4		
	Resíduos	,6	-,3	-,1			
> 3 filhos	N	2	10	13	25		
	%	2,9	14,7	19,1	36,8		
	Resíduos	-1,1	,7	,1			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		
Tipo de parto							
Sem partos	N	2	1	3	6	2,931	,569
	%	2,9	1,5	4,4	8,8		
	Resíduos	,9	-,7	,0			
Normal	N	10	18	28	56		
	%	14,7	26,5	41,2	82,4		
	Resíduos	,0	,0	,0			
Instrumental	N	0	3	3	6		
	%	,0	4,4	4,4	8,8		
	Resíduos	-1,0	,8	,0			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		
Laceração							
Não	N	6	16	18	40	1,903	,386
	%	9,7	25,8	29,0	64,5		
	Resíduos	-,2	,7	-,4			
Sim	N	4	5	13	22		
	%	6,5	8,1	21,0	35,5		
	Resíduos	,2	-,9	,6			
Total	N	10	21	31	62		
	%	16,1	33,9	50,0	100,0		

Relativamente à análise do risco de quedas em função do nº de horas em trabalho de parto pôde observar-se que não há diferenças estatisticamente significativas no 1º parto ($\chi^2=2,124$; $p=0,713$) no 2º parto ($\chi^2=4,021$; $p=0,134$) assim como no 3º parto ($\chi^2=3,659$ $P=0,160$).

Também, o local onde foi realizado o parto não evidenciou diferenças estatisticamente significativas face ao risco de quedas ($\chi^2=0,204$; $p=0,903$).

Assim, o nº de horas em trabalho de parto e o local onde foi realizado não influencia o risco de quedas das mulheres com IU (cf. Tabela 50).

Tabela 50. Risco de quedas em função do nº de horas de trabalho de parto e local onde foi realizado.

. Risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p		
1º Parto									
Sem partos	N	2	1	3	6	2,124	,713		
	%	2,9	1,5	4,4	8,8				
1 - 10 horas	Resíduos	,9	-,7	,0					
	N	6	11	14	31				
> 10 horas	%	8,8	16,2	20,6	45,6				
	Resíduos	,2	,3	-,4					
Total	N	4	10	17	31				
	%	5,9	14,7	25,0	45,6				
Total	Resíduos	-,6	,0	,4					
	N	12	22	34	68				
Total	%	17,6	32,4	50,0	100,0				
	2º Parto								
1 - 7 horas	N	5	3	8	16	4,021	,134		
	%	9,4	5,7	15,1	30,2				
> 7 horas	Resíduos	1,4	-,9	-,1					
	N	4	14	19	37				
Total	%	7,5	26,4	35,8	69,8				
	Resíduos	-,9	,6	,0					
Total	N	9	17	27	53				
	%	17,0	32,1	50,9	100,0				
3º Parto									
1 - 7 horas	N	2	4	2	8			3,659	,160
	%	7,7	15,4	7,7	30,8				
> 7 horas	Resíduos	1,1	,5	-1,0					
	N	1	6	11	18				
Total	%	3,8	23,1	42,3	69,2				
	Resíduos	-,7	-,4	,7					
Total	N	3	10	13	26				
	%	11,5	38,5	50,0	100,0				
Local do parto									
Hospital	N	5	9	15	29	,204	,903		
	%	8,1	14,5	24,2	46,8				
Casa	Resíduos	,1	-,3	,1					
	N	5	12	16	33				
Total	%	8,1	19,4	25,8	53,2				
	Resíduos	-,1	,2	-,1					
Total	N	10	21	31	62				
	%	16,1	33,9	50,0	100,0				

4.1.7.3. Risco de Quedas em função das variáveis clínicas

Relativamente à análise do risco de quedas em função dos motivos porque recorrem ao serviço de saúde observa-se que não há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=4,066$; $p=0,668$) assim como face à toma de medicação ($\chi^2=6,468$; $p=0,167$). Os motivos porque recorrem ao serviço de saúde e a quantidade de medicamentos que as mulheres tomam não parece influenciar o seu risco de quedas (cf. Tabela 51).

Tabela 51. Risco de quedas diárias em função dos motivos que recorrem ao serviço de saúde e face à toma de medicação.

Risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p	
Motivos porque recorrem ao serviço de saúde	Queda	N	0	0	1	4,066	,668	
		%	,0	,0	1,5			1,5
	Consulta	Resíduos	-,4	-,6	,7			
		N	5	9	13			27
		%	7,4	13,2	19,1			39,7
		Resíduos	,1	,1	-,1			
	Medidas terapêuticas	N	2	9	11			22
		%	2,9	13,2	16,2			32,4
		Resíduos	-1,0	,7	,0			
		N	5	4	9			18
	Vacinas	%	7,4	5,9	13,2			26,5
		Resíduos	1,0	-,8	,0			
Total	N	12	22	34	68			
	%	17,6	32,4	50,0	100,0			
Medicação						6,468	,167	
Não toma	N	2	1	0	3			
	%	2,9	1,5	,0	4,4			
	Resíduos	2,0	,0	-1,2				
	N	3	6	7	16			
Entre 1 a 4 medicamentos	%	4,4	8,8	10,3	23,5			
	Resíduos	,1	,4	-,4				
	N	7	15	27	49			
	%	10,3	22,1	39,7	72,1			
Mais de 5 medicamentos	Resíduos	-,6	-,2	,5				
	N	12	22	34	68			
Total	%	17,6	32,4	50,0	100,0			

4.1.7.4. Risco de Quedas em função das variáveis ginecológicas

Na tabela 52 pode observar-se que na análise do risco de quedas em função da perda de urina há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=8,402$; $p=0,015$). A perda de urina influencia o risco de quedas. Os resíduos estandardizados indicam que as mulheres sem perda de urina não têm risco de quedas (2,5).

Relativamente aos anos de perda de urina não há diferenças significativas face ao risco de quedas ($\chi^2=1,624$; $p=0,444$) assim como também não há diferenças face à existência de infeções urinárias (cf. Tabela 52).

Tabela 52. Risco de quedas em função da perda de urina, nº de anos de perda e existência de infecções urinárias.

Risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Perda de urina							
Não	N	4	1	2	7	8,402	,015
	%	5,9	1,5	2,9	10,3		
	Resíduos	2,5	-,8	-,8			
Sim	N	8	21	32	61		
	%	11,8	30,9	47,1	89,7		
	Resíduos	-,8	,3	,3			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		
Anos de perda de urina							
1 - 4 anos	N	7	14	25	46	1,624	,444
	%	11,5	23,0	41,0	75,4		
	Resíduos	,4	-,5	,2			
> 5 anos	N	1	7	7	15		
	%	1,6	11,5	11,5	24,6		
	Resíduos	-,7	,8	-,3			
Total	N	8	21	32	61		
	%	13,1	34,4	52,5	100,0		
Infecções urinárias							
Não	N	10	16	30	56	2,220	,330
	%	14,7	23,5	44,1	82,4		
	Resíduos	,0	-,5	,4			
Sim	N	2	6	4	12		
	%	2,9	8,8	5,9	17,6		
	Resíduos	-,1	1,1	-,8			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		
Infecções vaginais							
Não	N	12	19	32	63	2,335	,311
	%	17,6	27,9	47,1	92,6		
	Resíduos	,3	-,3	,1			
Sim	N	0	3	2	5		
	%	,0	4,4	2,9	7,4		
	Resíduos	-,9	1,1	-,3			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		

No que diz respeito à análise do risco de quedas em função das micções verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas nem nas micções diurnas ($\chi^2=0,454$; $p=0,797$) nem nas noturnas ($\chi^2=5,153$; $p=0,076$).

A quantidade de micções diurnas e noturnas das mulheres com IU não parece influenciar o seu risco de quedas.

Também no uso de pensos absorventes não existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2,104$; $p=0,349$). Assim, a quantidade de pensos absorventes que usam diariamente não parece interferir no risco de quedas (cf. Tabela 53).

Tabela 53. Risco de quedas em função das micções e uso de pensos absorventes.

Risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Micções / dia							
1 - 6 micções/dia	N	10	19	27	56	,454	,797
	%	14,7	27,9	39,7	82,4		
	Resíduos	,0	,2	-,2			
> 6 micções	N	2	3	7	12		
	%	2,9	4,4	10,3	17,6		
	Resíduos	-,1	-,4	,4			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		
Micções / noite							
1 - 2 micções/noite	N	5	13	26	44	5,153	,076
	%	7,4	19,1	38,2	64,7		
	Resíduos	-1,0	-,3	,9			
> 2 micções	N	7	9	8	24		
	%	10,3	13,2	11,8	35,3		
	Resíduos	1,3	,4	-1,2			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		
Uso de pensos							
1 - 2 pensos	N	10	13	22	45	2,104	,349
	%	14,7	19,1	32,4	66,2		
	Resíduos	,7	-,4	-,1			
> 2 pensos	N	2	9	12	23		
	%	2,9	13,2	17,6	33,8		
	Resíduos	-1,0	,6	,1			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		

A Tabela 54 revela os resultados do risco de quedas em função do transporte de pesos superiores a 3Kg e existência de obstipação.

Pudemos observar que não há diferenças estatisticamente significativas no risco de quedas face ao transporte de pesos superiores a 3Kg ($\chi^2=5,042$; $p=0,538$).

Sobre a obstipação também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas face ao risco de quedas ($\chi^2=1,474$; $p=0,479$). A obstipação não interfere no risco de quedas das mulheres com IU.

Tabela 54. Risco de quedas em função do transporte de pesos > 3Kg e da obstipação.

Risco de quedas		Sem risco	Risco baixo	Risco elevado	Total	χ^2	p
Pesos > 3Kg							
Nunca	N	6	10	17	33	5,042	,538
	%	8,8	14,7	25,0	48,5		
	Resíduos	,1	-,2	,1			
Raramente	N	2	1	1	4		
	%	2,9	1,5	1,5	5,9		
	Resíduos	1,5	-,3	-,7			
Às vezes	N	0	2	1	3		
	%	,0	2,9	1,5	4,4		
	Resíduos	-,7	1,0	-,4			
Muitas vezes	N	4	9	15	28		
	%	5,9	13,2	22,1	41,2		
	Resíduos	-,4	,0	,3			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		
Obstipação							
Não	N	7	9	19	35	1,474	,479
	%	10,3	13,2	27,9	51,5		
	Resíduos	,3	-,7	,4			
Sim	N	5	13	15	33		
	%	7,4	19,1	22,1	48,5		
	Resíduos	-,3	,7	-,4			
Total	N	12	22	34	68		
	%	17,6	32,4	50,0	100,0		

4.2. Análise inferencial

Neste ponto faz-se o tratamento estatístico inferencial que é direcionado para testar a significância das variáveis independentes (pessoais, obstétricos, ginecológicos, impacto da IU e atividades instrumentais de vida diárias) suscetíveis de influenciar a variável dependente (risco de quedas). Desta forma, procuramos traduzir o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados, respondendo às questões de investigação formuladas.

- Em que medida o impacto da incontinência e as atividades instrumentais de vida diária têm influência no risco de quedas das mulheres com IU?

Na Tabela 55 apresentam-se os resultados da matriz de correlação entre o risco de quedas, o impacto da IU e o nível de dependência das atividades instrumentais da vida diária.

Pôde verificar-se que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o impacto da IU e o risco de quedas ($R=0,305$ e $p=0,011$) e entre as AIVD e o impacto da IU ($R=0,425$ e $p=0,000$). Desta forma pode inferir-se que quanto maior o impacto da IU das mulheres maior é o seu risco de quedas e maior o seu grau de dependência nas AIVD.

Tabela 55. Matriz de correlação entre o risco de quedas, o impacto de IU e as AIVD.

Matriz de Correlação		Risco de quedas	Impacto de IU	Atividades Instrumentais de Vida Diária
Risco de quedas	R		,305	,079
	p		,011	,261
Impacto de IU	R	,305		,425
	p	,011		,000
Atividades Instrumentais de Vida Diária	R	,079	,425	
	p	,251	,000	

Para averiguar o peso preditivo do impacto da IU e do nível de dependência das AIVD no risco de quedas das mulheres inquiridas utilizou-se o modelo de regressão múltipla *stepwise*. A primeira variável independente a entrar no modelo é aquela que apresenta maior coeficiente de correlação (cf. Quadro 1). Com efeito, evidenciou um modelo significativo ($F=6,772$; $p=0,011$) onde entrou uma variável com um peso preditivo de 9,3% ($R^2=0,093$) sobre o risco de quedas: **impacto da IU**.

Através da análise do coeficiente β (0,305) pudemos observar uma associação linear positiva significativa entre o impacto da IU e o risco de quedas ($p=0,011$). O risco de quedas varia diretamente com o nível do impacto da IU. Assim, elevando o coeficiente $R=0,305$ ao quadrado obtém-se o coeficiente de determinação $R^2=0,093$ indicando uma variação de 9,3% do risco de quedas em função do impacto da IU.

Quadro 1. Regressão múltipla entre o risco de quedas, o impacto de IU e as AIVD.

Variável dependente = Risco de Quedas					
R = 0,305 R ² = 0,093 R ² Ajustado = 0,079 Erro padrão da estimativa = 25,848 Incremento de R ² = 0,093 F = 6,772 p = 0,011					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado Beta	t	P	
Constante	35,639				
Impacto da IU	1,359	,305	2,602	,011	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	4524,558	1	4524,558	6,772	,011
Residual	44094,192	66	668,094		
Total	48618,750	67			

Capítulo 5. Discussão dos Resultados

Este capítulo tem como principal objetivo efetuar uma análise crítica dos resultados obtidos realçando a relação entre as variáveis em estudo e, por outro lado, efetuar uma análise comparativa com outros estudos existentes sobre esta temática.

5.1. Análise interpretativa dos resultados

A **caracterização sociodemográfica** teve em conta a idade, estado civil, habilitações literárias, residência e profissão. Assim, pôde verificar-se que a idade das mulheres deste estudo oscila entre 65 e 95 anos com uma média de $\bar{x}=76,07$ anos. Quanto ao estado civil, 52,9% das mulheres têm companheiro e 47,1% são solteiras, divorciadas ou viúvas.

Sobre as habilitações literárias constata-se que 38,2% têm uma baixa escolaridade (só sabem ler e escrever) e 52,9% apresentam a escolaridade básica (1º, 2º ou 3º CEB) e apenas 8,8% têm o ensino secundário ou superior.

Na situação profissional pode verificar-se que 83,8% das mulheres estão inativas/reformadas e apenas 16,2% estão em atividade. Ao longo da vida, as suas profissões foram distribuídas por trabalhos não qualificados (58,8%); agricultura e pescas (19,1%); pessoal dos serviços e vendedores (7,4%) e profissões intelectuais e científicas (5,9%).

A zona de residência é maioritariamente rural (67,6%). Vivem em casa própria (66,2%) ou num lar (25%) e vivem com companhia (82,4%).

Na **caracterização obstétrica** das mulheres com IU pretendeu-se identificar o IMC, nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto, nº de horas em trabalho de parto, local do parto, existência de laceração ou rasgadura e nº de filhos com peso superior a 4Kg.

Assim, o IMC ($\text{Peso}/\text{Altura}^2$) oscila entre 17,58 e 41,26 Kg/m^2 com uma média de $\bar{x}=26,35$ Kg/m^2 . Constata-se que 44,1% têm pré-obesidade; 36,8% têm peso normal e 11,8% têm obesidade classe I.

Quanto ao número de gravidezes, 48,5% das mulheres estiveram grávidas entre uma a duas vezes; 22,1% estiveram grávidas entre duas a quatro vezes e 20,6%

estiveram grávidas mais que cinco vezes. No número de filhos verifica-se que 54,4% das mulheres tiveram entre um a dois filhos e 36,8% tiveram três filhos.

Constata-se que 82,4% tiveram um parto normal e apenas 8,8% instrumental (cesariana, fórceps ou ventosa). No que diz respeito ao nº de horas para desencadear o parto pôde observar-se que para 45,6% das mulheres o 1º parto demorou entre 1 a 10 horas e em igual percentagem mais de 10 horas. No 2º parto 54,4% precisaram mais de 7 horas assim como no 3º parto 26,5% precisaram mais de 7 horas. Na escolha do local do parto privilegiaram a casa (48,5%) ou o hospital (42,6%).

Pôde observar-se que 58,8% das mulheres não tiveram laceração ou rasgadura durante o parto e 32,4% tiveram laceração. Relativamente ao nº de filhos com peso superior a 4Kg nenhuma das mulheres respondeu afirmativamente.

Os dados acerca **do estado clínico** obtiveram-se pela informação acerca do tipo de doenças, motivos porque recorrem ao serviço de saúde e toma de medicação.

O motivo que apontam para recorrerem ao serviço de saúde foi por consulta (39,7%); medidas terapêuticas (32,4%) ou vacinação (26,5%). E a maioria referiu que já padeceu de alguma doença nos últimos 3 meses (88,2%). Das doenças referidas realça-se a cardiovascular (69,1%), psiquiátrica (25%); osteoarticulares (20,6%); pulmonar (19,1%) e diabetes (11,8%).

A maior parte das mulheres também indicou que toma de medicação há mais de três meses e mais de cinco medicamentos (72,1%).

A **caracterização ginecológica** fez-se tendo em conta a informação relativa à perda de urina, existência de infeções urinárias, vaginais ou dermatites, cirurgia para correção da IU, nº de micções, uso de pensos absorventes, a frequência do uso de transporte de pesos superiores a 3Kg e, ainda, se sofre de obstipação.

Nos dados sobre a perda de urina involuntária pôde constatar-se que 89,7% sofrem de IU sendo que 67,6% referem que perdem urina involuntariamente entre um a quatro anos e 22,1% há mais de cinco anos.

No que diz respeito às infeções, 17,6% já tiveram infeções urinárias e apenas 7,4% infeções vaginais. Nenhuma delas fez cirurgia de correção da IU. Relativamente às micções, 82,4% tem entre uma a seis micções por dia e 64,7% entre uma e duas micções por noite.

Observa-se que 52,9% das mulheres com IU usam pensos absorventes sendo que 66,2% usam entre um a dois pensos por dia. E maioritariamente não sofrem de obstipação (51,5%).

Quanto ao transporte de pesos superiores a 3Kg, 48,5% das mulheres nunca transportam pesos e 41,2% fazem-no muitas vezes.

A **caracterização do impacto de incontinência urinária** foi efetuada através da análise da frequência das perdas, o grau de gravidade e o impacto na vida diária destas mulheres.

Sabemos que a incontinência urinária feminina é uma patologia muito frequente, com interferência significativa na qualidade de vida. O tratamento desta patologia é hoje possível na maior parte das doentes. No entanto, o primeiro passo para o sucesso terapêutico é a correta caracterização do tipo de incontinência, fundamentalmente através do exame clínico (história e exame físico) da doente.

Assim, a caracterização da IU das mulheres desta revela um impacto que oscila entre 0 e 20 pontos com uma média de $\bar{x}=11,48$. Estes valores refletem 35,3% de mulheres com impacto de IU muito grave; 26,5% com IU moderada; 14,7% com IU leve e 11,8% com IU grave.

A este propósito a literatura refere que a IU é uma das novas epidemias do século XXI agravada pelo contínuo aumento da esperança média de vida, sendo mais frequente nas mulheres (Higa, Lopes, Reis, 2008).

Para que o tratamento e a prevenção se tornem eficazes devem ser pesquisadas e identificadas eventuais causas reversíveis ou agravantes. Neste seguimento, cruzámos o impacto da IU com algumas variáveis no sentido de encontrar factores preditores da IU.

No seguimento do que refere a literatura todas as mulheres desta amostra que assumem perda de urina têm níveis de impacto de IU ($\chi^2=58,525$; $p=0,000$).

Continuando com a análise dos fatores que podem originar impacto da IU nas mulheres idosas da comunidade do Campo/Caramulo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função do estado civil ($\chi^2=14,437$; $p=0,006$). De forma que, as mulheres que vivem sem companheiro tendem a ter IU muito grave.

Já as habilitações literárias, a profissão, a zona de residência, o facto de as mulheres viverem em casa própria ou arrendada ou viverem sozinhas ou acompanhadas não interfere com o seu nível de impacto da IU.

Também a idade, o IMC, o nº de gravidezes, o nº de filhos, o tipo de parto, a existência de laceração ou rasgadura, a demora do trabalho de parto e o local onde foi realizado não parece exercer qualquer influência na IU das mulheres desta amostra.

Contrariando estes dados, Fontes, Botelho, Fernandes (2011), revelam que os idosos incontinentes apresentam um IMC mais elevado. Assim, como outros autores, referem como causa da IU, a paridade, tipos de parto, peso do recém – nascido, cirurgias ginecológicas e histerectomia (Higa et al., 2008, Chiarelli, 2009, Freitas et al., 2011, Byles, Millar & Sibbritt, 2009). A obesidade e a obstipação constituem também outros fatores de risco com menor impacto (Botelho, 2007 & Rodrigues, 2011).

Por vezes, também, a toma de medicação (como diuréticos, antidepressivos, tranquilizantes e alguns remédios para tosse constipações e anti-histamínicos para alergias) pode causar níveis de IU que podem ser de caráter repentino e temporário ou constante e de longo prazo (Dinis, 2013). Contudo, nas mulheres da nossa amostra, a toma de medicação não influencia os níveis do impacto da IU.

Relativamente à análise do impacto da IU em função do nº de anos de perda de urina e da existência de infeções urinárias ou vaginais constata-se que não há diferenças estatisticamente significativas. Todavia, a literatura referencia que as infeções vaginais e as infeções do trato urinário são determinantes da IU (Loureiro, 2011 & Ramos, 2007).

Também não foram encontradas diferenças significativas no que concerne ao número de micções destas mulheres. Mas está descrito que a nictúria afeta a qualidade do sono das mulheres, levando ao cansaço e à diminuição da energia e associado por vezes à falta de destreza pode facilmente aumentar os níveis de IU (Médicos do mundo, 2011).

No que diz respeito ao impacto da IU em função do uso de pensos absorventes constata-se que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=14,947$; $p=0,005$). As mulheres que têm impacto de IU grave ou muito grave usam mais pensos absorventes diariamente. Algumas mulheres que perdem urina involuntariamente optam por usar um produto absorvente para a incontinência quando estão em situações de maior risco.

Algumas perdas de urina estão associadas quando o indivíduo realiza algum esforço como tossir, rir, espirrar ou levantar objetos pesados que aumentam a pressão intra-abdominal e, assim, aumenta a pressão sobre a bexiga (Gray & Moore, 2012).

No presente estudo, o impacto da IU das mulheres não sofreu alterações devido ao transporte de pesos superiores a 3Kg nem quanto à presença de obstipação.

Assim realçamos que a idade, obesidade, paridade, tipos de parto, uso de anestesia no parto, peso do RN, menopausa, cirurgias ginecológicas, obstipação, doenças crónicas, fatores hereditários, uso de drogas, consumo de cafeína, tabagismo e exercícios físicos intensos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento da

IU na mulher (Mascarenhas, 2013 & Dinis, 2013) apesar de no nosso estudo não se terem encontrado resultados significativos.

Quanto à caracterização do **nível de dependência das mulheres face às atividades instrumentais da vida diária** foi efetuada através da análise da capacidade para usar telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, lavar a roupa, modo de transporte, medicação e lidar com dinheiro.

Hoje, embora tenhamos um número elevado de pessoas idosas que preservam a sua capacidade funcional, encontramos também um número expressivo de indivíduos portadores de doenças crónico-degenerativas, os quais apresentam, paralelamente, acentuado declínio das suas funções e que as tornam dependentes.

Assim, as mulheres idosas do Campo/Caramulo apresentam valores das AIVD que oscilam entre 8 e 30 pontos com uma média de $\bar{x}=13,26$. A maioria das mulheres realça um nível de dependência moderada (41,2%); 19,1% têm dependência severa e 39,7% são independentes.

Como se pode observar, assistimos a um elevado número de pessoas idosas, total ou parcialmente incapacitadas, que, por conta de suas das suas dificuldades se isolam e perdem completamente sua capacidade de participação. São pessoas que, em face das suas limitações, se tornam dependentes dos cuidados de terceiros, que, por sua vez, limitam o exercício de sua autonomia. Mendes (2008), refere que a independência funcional é o fator mais importante na manutenção da qualidade de vida para a pessoa idosa, de forma a manter os idosos pró- ativos na comunidade.

A análise comparativa do nível de dependência destas mulheres em função da idade revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de dependência das AIVD ($\chi^2=13,789$; $p=0,001$). As mulheres com dependência severa tendem a ter idades entre os 75 e os 95 anos. Esta variável idade constituiu um determinante da capacidade funcional, isto porque há uma associação da faixa etária com a dependência funcional, sendo que à medida que aumenta a idade cronológica também ocorre um aumento na probabilidade de se apresentar alguma dependência funcional (Blanco, 2007; DGS, 2012).

Do mesmo modo o estado civil revelou diferenças estatisticamente significativas face aos níveis de dependência das AIVD ($\chi^2=17,466$; $p=0,000$). As mulheres com dependência severa tendem a viver sem companheiro.

Quando analisado o estado civil entre as idosas, esta variável apresentou-se associada à capacidade funcional, sendo que a sua perda da autonomia aumenta a sua dependência e conseqüentemente aumenta o trabalho para os seus familiares (Araújo, Machado, Oliveira, 2009). Por vezes, estas mulheres idosas, nomeadamente as viúvas, têm um risco de 2,5 vezes maior de dependência que as solteiras e, por este facto, são encaminhadas para os lares, o que neste estudo apresenta um valor de 25%.

Na análise dos níveis de dependência das AIVD face às habilitações literárias, pôde-se constatar que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=13,330$; $p=0,010$). As mulheres com dependência severa tenham escolaridade baixa.

Segundo a literatura o tempo de escolaridade foi associado à capacidade funcional, evidenciando que quanto mais elevado o tempo de escolaridade, maiores são as probabilidades de a pessoa se manter autónoma. Existe maior risco para o declínio da capacidade funcional, em categorias de escolarização mais baixa e que provavelmente, as pessoas com maior nível de instrução têm preocupações acrescidas com a sua saúde e uma maior envolvimento na recuperação de hábitos saudáveis (Gai et al., 2010).

Por outro lado, não se verificaram diferenças significativas no nível de dependência das AIVD das mulheres com IU em função da profissão, pelo facto de viverem sozinhas ou acompanhadas, devido ao IMC, nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto, existência de laceração ou rasgadura, nº de horas em trabalho de parto e o local onde foi realizado e sobre o facto de as mulheres sofrerem de obstipação.

Os dados descritivos indicam que fatores como a solidão, a vida em situação de reforma, habitações inadequadas, falta de interação social e acesso limitado ao cuidado de saúde, posiciona os idosos numa condição de risco (Machado, Oliveira, Costa, Araújo, 2009).

Também, o nível de dependência das AIVD revelou diferenças estatisticamente significativas face à zona de residência ($\chi^2=7,890$; $p=0,019$). As mulheres independentes tendem a residir na zona urbana. Este resultado corrobora com a OMS (2010), em que os idosos que vivem sozinhos, ou nas zonas rurais, especialmente as mulheres, com status económico mais baixo, apresentam um maior risco de dependência.

Já no que concerne à análise dos níveis de dependência das AIVD em função de onde e como vivem as mulheres constata-se que há diferenças estatisticamente significativas face ao facto de viverem em casa própria, arrendada ou em lar

($\chi^2=29,253$; $p=0,000$). As mulheres que vivem no lar tende a ter um nível severo comparativamente às que vivem em casa própria ou arrendada. Também para Gai et al (2010), referem que aspetos importantes na vida como a cultura, a habitação, o salário e a saúde, nos idosos com um status baixo têm um maior risco de dependência.

Já os motivos porque recorrem ao serviço de saúde e a quantidade de medicamentos que as mulheres tomam, a perda de urina, os anos de perda e a existência de infeções vaginais não parecem influenciar o tipo de dependência das AIVD. Porém, nos Cuidados de Saúde Primários constituiu um dos indicadores de qualidade dos serviços, a prevenção da incapacidade dos idosos tornando-os pró-ativos na comunidade.

Relativamente à existência de infeções urinárias foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=7,763$; $p=0,021$). As mulheres com infeções urinárias tendem a apresentar uma dependência das AIVD moderada.

Vários autores destacam a infeção urinária, cognição prejudicada, mobilidade restrita e regime medicamentoso complexo como fatores de maior risco de IU. Num estudo de Teixeira (2011), nos fatores patológicos a restrição da mobilidade/imobilidade apresenta um valor de 84,61% e as infeções urinárias apresentam um valor percentual de 61,53.

No que diz respeito à análise dos níveis de dependência das AIVD em função das micções por dia verifica-se que não há diferenças estatisticamente significativas. Contudo, nas micções noturnas observaram-se diferenças ($\chi^2=5,988$; $p=0,050$). As mulheres com mais micções noturnas revelam uma dependência moderada.

Folli (2011), refere que 15% das mulheres após os 65 anos, vão à casa de banho duas ou mais vezes por noite, associado por vezes a dificuldades na mobilização e destreza coloca os idosos num maior risco.

Também no uso de pensos absorventes foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=10,142$; $p=0,006$). Assim, a quantidade de pensos absorventes que usam diariamente parece interferir no tipo de dependência das AIVD pois, as mulheres com dependência moderada tendem a usar mais de 2 pensos.

Relativamente ao estudo dos níveis de dependência das AIVD em função do transporte de pesos superiores a 3Kg pode observar-se há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=19,596$; $p=0,003$). As mulheres que têm uma dependência moderada nunca transportam pesos superiores a 3kg.

Os dados encontrados neste estudo sobre os níveis de dependência das AIVD das mulheres idosas sugerem que esta população possui elevada prevalência de limitações na realização das atividades instrumentais da vida diária. Assim, os resultados apresentados demonstram ser necessários à implementação de ações públicas que possam favorecer a redução e/ou retardamento das incapacidades.

Essas intervenções devem ser específicas a determinadas faixas etárias, ser direcionadas ao aumento da escolarização e melhoria da condição econômica e na implementação de uma rede de unidades de cuidados na comunidade no concelho para um melhor acompanhamento destas idosas e seus familiares, além do incentivo ao aumento da participação em práticas de atividades físicas e à preservação da saúde mental.

Dando seguimento à análise direcionada para as questões de investigação efetuou-se a caracterização do **risco de quedas** nas mulheres idosas relativamente à sua história de quedas nos últimos 3 meses, ao diagnóstico secundário, à ajuda na mobilização, terapia endovenosa, marcha e o seu estado mental.

O risco de quedas oscila entre 30 e 85 pontos com uma média de $\bar{x}=51,25$. Pôde observar-se que 50% das mulheres com têm um risco de quedas elevado; 32,4% têm um risco baixo e 17,6% não apresentam risco de quedas.

O risco de quedas das mulheres, desta amostra, não encontrou diferenças significativas face à idade contudo, os autores apontam para que o valor percentual referente à queda nos idosos com mais de 65 anos de idade é entre 28% a 35% a cada ano, este valor percentual aumenta para 32% a 42% para as pessoas com mais de 70 anos. Isto revela que a frequência da queda aumenta com a idade e com o nível de fragilidade (OMS, 2010). A variável idade é considerada pela OMS (2012) como sendo um dos principais fatores de risco para a queda.

O risco de quedas das mulheres, desta amostra, também não encontrou diferenças significativas face ao estado civil. Todavia, Gonçalves et al. (2008), citado por Freitas et al. (2011), referem que os indivíduos separados e divorciados e portadores de patologias depressivas estão também associados ao risco de quedas.

No que diz respeito à profissão, residência, em função de onde e como vivem as mulheres ou se vivem sozinhas ou acompanhadas não foi encontrada influência perante o risco de quedas. Mas, num outro estudo em que o objetivo era avaliar a presença do risco para quedas em idosos (Machado, et al., (2009) onde se compararam 24 idosos com idade igual ou superior a 60 anos foram encontraram estados de solidão.

No cruzamento efetuado entre os níveis de dependência das mulheres idosas e o IMC, nº de gravidezes, nº de filhos, tipo de parto, existência de laceração ou rasgadura, nº de horas em trabalho de parto e o local onde foi realizado também não sugeriu qualquer tipo de influência perante o seu risco de quedas.

No mesmo seguimento os motivos porque as mulheres idosas recorrem ao serviço de saúde e a quantidade de medicamentos que tomam não influenciam o seu risco de quedas. No entanto, os autores referem que os pacientes que utilizem muitos medicamentos diariamente estão também associados ao risco de quedas (Gonçalves et al., (2008), citado por Freitas et al. (2011).

Para Hortonedá et al. (2007) e Freitas, et al. (2011), o uso de fármacos é considerado um fator de risco para quedas, visto que os idosos são mais vulneráveis aos efeitos colaterais da medicação, devido às alterações ocasionadas pelo envelhecimento, as quais afetam a maneira como os medicamentos são absorvidos, originando alterações comportamentais, incontinência e quedas (Díaz, 2007). Neste estudo o resultado da toma de 5 ou mais medicamentos, vai de encontro ao estudo de Moreira et al. (2007), que concluíram que os idosos que utilizavam quatro ou mais medicamentos tinham um risco de queda de 71,2%.

Também, as doenças específicas como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistémica e doenças neurológicas ou osteoarticulares prejudicam a força muscular, o equilíbrio e a marcha são fatores de risco comuns para a ocorrência de quedas em idosos (Buksman, et al., 2008).

Relativamente às habilitações literárias pôde-se constatar que há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=9,712$; $p=0,046$). As mulheres com ensino secundário ou superior não apresentam risco de quedas. Estes dados são corroborados pela OMS (2012) realçando que quanto mais baixo for o nível de escolaridade maior é a percentagem de acidentes.

Pôde, ainda, observar-se que na análise do risco de quedas em função da perda de urina há diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=8,402$; $p=0,015$). As mulheres sem perda de urina não têm risco de quedas. A extrema urgência para urinar faz com que as idosas se precipitem para a casa de banho e no trajeto ocorram as quedas (Campo, 2008).

Foi realizada uma revisão sistemática, de estudos observacionais, para verificar se a incontinência urinária em indivíduos com idade \geq a 65 anos está associada com o

aumento do risco de quedas. Os resultados revelaram uma clara associação entre quedas e incontinência urinária (Chiarelli et al. 2009).

Relativamente aos anos de perda de urina, a quantidade de micções diurnas e noturnas, a quantidade de pensos absorventes que usam diariamente, face ao transporte de pesos superiores a 3Kg e, ainda, face à existência de obstipação não se encontraram diferenças significativas no risco de quedas.

Por fim, os resultados da análise inferencial procuram traduzir o enunciado do problema respondendo às questões de investigação formuladas nomeadamente, “Em que medida o impacto da incontinência e as atividades instrumentais de vida diária têm influência no risco de quedas das mulheres com IU?”

Assim, pôde verificar-se que existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o impacto da IU e o risco de quedas ($R=0,305$ e $p=0,011$) e entre as AIVD e o impacto da IU ($R=0,425$ e $p=0,000$). Pode inferir-se que quanto maior o impacto da IU das mulheres maior é o seu risco de quedas e maior é o seu grau de dependência nas AIVD. O impacto da IU tem um peso preditivo do risco de quedas de 9,3%.

Apesar de neste estudo não termos encontrado associação entre o nível de dependência das mulheres idosas e o risco de quedas, alguns autores referem que o grau de dependência dos indivíduos aumenta progressivamente o risco de queda. A redução da autonomia devido a um episódio de quedas, torna a idosa dependente na realização das atividades de vida diária (Vergara, 2007; Freitas et al., 2011).

Já no que toca à incontinência urinária a correlação encontrada é corroborada pela literatura pois, a perda involuntária de urina, afeta cerca de um terço dos idosos e, além de reduzir a qualidade de vida, também acarreta problemas adicionais de saúde, como quedas e fraturas - principalmente quando relacionada à bexiga hiperativa (necessidade excessiva de ir à casa de banho). Quando o problema é diário, os índices aumentam para 35% e 45% respetivamente (Campo, 2008).

Num estudo de Machado et al (2009), demonstrou que a incontinência urinária com um valor de 20,8%, é uma variável importante no que respeita à prevenção das quedas.

No seguimento desta investigação pensamos que seria pertinente o desenvolvimento de estudos longitudinais com os idosos que relatem episódios de quedas servindo, assim, de suporte para esclarecer a importância de cuidados básicos na prevenção de quedas. Com estes resultados haveria um incremento no entendimento da

causalidade dos factos, aspeto ainda pouco investigado em relação à incontinência urinária como fator de risco para as quedas.

Conclusões

A promoção e a manutenção de estilos de vida saudáveis na terceira idade estão diretamente associados a ganhos em saúde. No entanto, numa etapa mais tardia em que a independência funcional pode começar a manifestar comprometimento é importante identificar os fatores que podem desencadear maior predisposição para comprometer a saúde e a qualidade de vida. Face a esta realidade, a DGS através do Programa Nacional para as pessoas idosas divulgou um guia que visa dar a conhecer as alterações que poderão ocorrer com o envelhecimento e a forma de vivenciar esta fase da vida, preservando-a de uma forma saudável e com qualidade de vida, através de normas de orientação para o autocuidado na saúde e na doença, e de programas de manutenção e prevenção, as estratégias de forma a lidar com esses problemas e como prevenir os acidentes. A aplicação destes programas impõe uma intervenção multidisciplinar dos serviços de saúde e por isso dos profissionais, onde os enfermeiros adotam um papel predominante na problemática do envelhecimento como parte natural do ciclo da vida, estabelecendo intervenções preventivas, promotoras da saúde e da autonomia.

A incontinência urinária continua a ser outro problema que afeta muitas mulheres idosas, causando elevados custos para as próprias, afetando a sua qualidade de vida e tendo custos elevados para a sociedade. As mulheres idosas com incontinência podem ser mais propensas a cair do que as não sofrem desta patologia. O risco de queda aumenta, se as mulheres apresentam incontinência urinária, estas sentem uma forte vontade de urinar e associado ao fato de ter perda de urina antes de chegar á casa de banho, aumentando assim, o risco de cair.

Considerado ainda como um tema tabu na sociedade pelo embaraço que causa às mulheres quando decidem apresentar o seu problema ao médico, envolto em vergonha na abordagem do assunto e pelo facto de ser percecionada como fazendo parte natural do envelhecimento, o que torna difícil a sua identificação e por conseguinte o tratamento.

É documentada uma alta prevalência de IU nas mulheres com idades ≥ 65 anos, em que a idade não se revelou relevante, porque as mulheres idosas que fazem parte da amostra já se encontram na faixa etária considerada como fator de risco.

Assim, sob o ponto de vista empírico, este estudo teve como base a avaliação de uma amostra de 68 mulheres com idade igual ou superior 65 anos residentes na comunidade Campo/Caramulo e pretendeu-se verificar se a IU aumenta o risco de quedas; saber em que medida as variáveis sócio demográficas influenciam o risco de quedas nas idosas com idades superior ou igual a 65 anos; avaliar o efeito das variáveis características clínicas e incontinência urinária sobre o risco de quedas nas idosas com idades superior ou igual a 65 anos; avaliar qual o impacto que a IU assume no risco de quedas nas mulheres idosas que recorrem a UCSP Campo/Caramulo.

Os métodos utilizados partiram de estudo exploratório, descritivo e transversal com uma componente correlacional. A amostragem não probabilística foi selecionada por conveniência, tendo como limitação a generalização das conclusões para a população portuguesa.

No que concerne às conclusões inerentes ao **Impacto de IU** realça-se o seguinte: a maioria das mulheres realça um impacto de IU muito grave (35,3%); 26,5% IU moderada; 14,7% IU leve e 11,8% IU grave. As mulheres sem companheiro tendem a ter IU muito grave e as mulheres com companheiro tendem a ter IU leve. As mulheres que têm impacto de IU grave ou muito grave usam mais pensos absorventes diariamente.

Relativamente ao **nível de dependência das mulheres face às atividades instrumentais da vida diária** conclui-se que: a maioria das mulheres realça um nível de dependência moderada (41,2%); 19,1% têm dependência severa e 39,7% são independentes. As mulheres com dependência severa tendem a ter idades entre os 75 e os 95 anos e vivem sem companheiro. As mulheres com dependência severa tenham escolaridade baixa. As mulheres independentes residam em zona urbana. As mulheres que vivem no lar tendem a ser nível de dependência severo comparativamente às que vivem em casa própria ou arrendada. As mulheres com infeções urinárias apresentem uma dependência moderada. As mulheres com menos micções são independentes enquanto as que têm mais de duas micções noturnas têm uma dependência moderada. As mulheres com dependência moderada tendem a usar mais de dois pensos. As mulheres que têm uma dependência moderada nunca transportam pesos superiores a 3kg.

Sobre o **Risco de Quedas** emergiram os seguintes resultados: 50% das mulheres têm um risco de quedas elevado; 32,4% têm um risco baixo e 17,6% não apresentam risco de quedas. As mulheres com ensino secundário ou superior não têm risco de

quedas. As mulheres sem perda de urina não têm risco de quedas. Quanto maior o impacto da IU das mulheres maior é o seu grau de dependência nas AIVD. Quanto maior o impacto da IU maior é o risco de quedas e tem um peso preditivo de 9,3%.

Conclui-se então, que as mulheres de um modo geral, acometidas pela incontinência urinária, merecem receber um tratamento individualizado, não valorizando somente o trato urinário inferior, mas a pessoa como um todo, com seus medos, dúvidas, sentimentos, problemas, experiências, etc. Ressaltamos, neste trabalho, a importância do enfermeiro especializado no que diz respeito a conscientização desta área que lhe cabe tanto ao diagnóstico quanto ao tratamento, assim, minimizando o sofrimento da população feminina que sofre deste mal.

Como sugestões consideramos que na comunidade há necessidade de identificar as mulheres idosas com risco aumentado de queda de forma a facilitar a tomada de medidas preventivas, evitando assim, o primeiro evento de queda para as idosas que não caíram e diminuindo o aparecimento de ocorrência de quedas para aquelas que já têm história de queda. Os enfermeiros pela sua envolvimento na prestação de cuidados na comunidade, e pelas competências que desempenham, são profissionais habilitados para desenvolver programas de prevenção inseridos no domínio dos cuidados prestados ao idoso. Todavia, cabe também aos enfermeiros diagnosticar para outras áreas da saúde sempre que a intervenção não se encaixe nas suas competências e referenciar para outros técnicos, de forma a reduzir ou eliminar os fatores de risco identificados.

A visita domiciliária torna-se oportuna para identificar os diversos riscos e planejar estratégias de intervenção à população idosa e aos seus cuidadores e famílias, de modo a contribuir para a diminuição da prevalência de quedas na comunidade. É importante por isso a implementação nos programas de atividades das unidades de saúde de um plano individual de cuidados como medida proactiva de prevenção, estes têm significado para a melhoria das determinantes da saúde na população idosa. Então há necessidade de capacitar o utente/família/cuidador para identificar os fatores de risco de modo a prevenir este tipo de acidente doméstico.

O projeto, que pretendemos abranger todos os utentes que procurem o gabinete de apoio ao cuidador que se encontra na Câmara Municipal de Tondela, este projeto vai dar a conhecer os efeitos nocivos e consequências das quedas nos grupos etários com 65 e mais anos, procurando assim alertar para a prevenção da ocorrência deste tipo de acidentes.

O projeto inclui várias sessões de informação para a saúde, tem como principais objetivos:

- Ajudar os idosos e seus familiares a identificar e modificar os fatores de risco de quedas;
- Transmitir estratégias que reduzam o perigo de quedas na população idosa.

Como metodologia serão realizadas sessões de educação para a saúde em cada IPSS, bem como visitas domiciliárias aos idosos que assim o desejarem. A finalidade destas visitas é identificar fatores que podem ser causadores de quedas, dar sugestões/recomendações ou ajudar a alterar o meio ambiente onde vive o idoso.

A outra sugestão tem como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem, fazendo formação em serviço sobre esta temática de forma a instrumentalizar a equipa da UCSP Campo/Caramulo que cuidam diretamente das idosas para serem capazes de identificar seus principais riscos e problemas de saúde;

Pretende-se, ainda, elaborar estratégias de promoção de saúde (para essa faixa etária), como por exemplo uma visita domiciliária de promoção de forma a manter e recuperar a qualidade de vida destas idosas.

Limitações do Estudo

Depois de efetuarmos uma análise às etapas percorridas durante este trabalho pensamos que ficaram evidentes algumas limitações que condicionam a generalização dos resultados. Com efeito, a limitação temporal dificultou o aprofundamento e a abrangência do estudo. A limitação espaço-geográfica (Campo/Caramulo) pode ser condicionante ou impeditiva de uma generalização da população das 68 mulheres idosas da referida comunidade.

E por este facto devemos ter algum cuidado relativamente à interpretação dos resultados e nas conclusões a extrair.

Contudo, existem inúmeras potencialidades neste trabalho. Ficámos a conhecer alguns indicadores que poderão influenciar o risco de quedas das mulheres com IU e, desta forma, ficámos mais sensíveis para um trabalho mais direcionado para esta temática.

Consequentemente, seria oportuno e interessante, a possibilidade de alargar a investigação a outras comunidades do litoral e zonas mais urbanas, em detrimento deste

estudo, que foi realizado com uma amostra do interior rural. Assim, poderíamos inferir se as conclusões retiradas seriam as mesmas ou idênticas.

As respostas a estas e outras questões da mesma índole podem ajudar-nos a reconcetualizar e a reconstruir certos aspetos da investigação que, fora do alcance desta dissertação, pensaremos levar a cabo. Podemos afirmar convictamente que a reflexão, discussão e análise feitas contribuíram para o melhoramento do nosso conhecimento acerca das competências pessoais e profissionais, integradas num perfil de enfermagem direcionado para a prevenção e educação, num trabalho colaborativo e articulado com as mulheres idosas da comunidade em que desenvolvemos o nosso trabalho.

Bibliografia

- Almeida, E. V. F. (2009). *Perfis de risco em pessoas idosas na comunidade* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Saúde.
- Almeida, P., R. (2011). *Idosos, quedas e atividade física: Percepções e atitudes* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro. Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/7787>.
- Almeida, R. A. R., Abreu, C. C. F., & Mendes, A. M. O. C. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: Contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista Referência*, 3(2), 163-172. Acedido em <http://www.apurologia.pt/acta/2-2011/inc-urin-func.pdf>
- Associação Portuguesa de Urologia (2010). *Urologia em medicina familiar: Incontinência urinária*. Acedido em <http://www.apurologia.pt/>
- Azevedo, A. A. (2006). *Incontinência urinária: Impacto no feminino*. Coimbra: Formasau.
- Botelho, F., Silva, C., & Cruz, F. (2007). Incontinência urinária feminina. *Acta Urológica*, 24(1), 79-82. Acedido em <http://www.apurologia.pt/pdfs/separatas/separata-07.pdf>
- Byles, J., Millar, C. J., Sibbritt, D. W., & Chiarelli, P. (2009). Living with urinary incontinence: A longitudinal study of older women. *Age Ageing*, 38(3), 333-338. Acedido em 18 de dezembro de 2012, <http://ageing.oxfordjournals.org/content/38/3/333.full.pdf+html>

- Buksman, S., Vilela S., Pereira M., Lino S., Santos H. (2008). Quedas em Idosos: Prevenção. *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.
- Cabrita, M. F.G. (2012). *Promover o equilíbrio: Projeto de intervenção comunitária, prevenção de quedas na pessoa idosa* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Acedido em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/3980/1/Relat%C3%B3rio%20final.pdf>
- Caetano, A. S., Tavares, M., & Lopes, M. (2007). *Proposta de atividades físicas para mulheres com incontinência urinária de esforço*. Acedido em <http://www.efdeportes.com/efd76/mulheres.htm>
- Caldas, C. P., Conceição, I. R. S., José, R. M. C., & Silva, B. M. C. (2010). Terapia comportamental para incontinência urinária da mulher idosa: Uma ação do enfermeiro: Relato de experiência. *Texto Contexto Enferm*, 19(4),783-788. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400023.
- Campos, M. V. (2008). *Incontinência urinária aumenta o risco de queda entre idosos*. Acedido em 27 de outubro de 2012, <http://www.revistavigor.com.br/2008/09/20/incontinencia-urinaria-aumenta-o-risco-de-queda-entre-os-idosos/>
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para a autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Chaimowicz, F. (2009). *Saúde do idoso*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed. Acedido em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3906.pdf>
- Chiarelli, P. E., Mackenzie, L., & Osmotherly, P. G. (2009). Urinary incontinence is associated with an increase in falls: A systematic review. *Australian Journal*

of *Physiotherapy*, 55(2), 89-95. Acedido em http://svc019.wic048p.server-web.com/ajp/vol_55/2/AustJPhysiotherv55i2Chiarelli.pdf

Collière, M. F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Cordeiro, G. (2008): *Qualidade de vida na perspectiva de mulheres climatéricas com incontinência urinária* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Maranhão, São Paulo.

Dias, M. O. (1999). *Métodos e técnicas de estudo e elaboração de trabalhos científicos*. Coimbra: Minerva.

Dinis, P. (2013). *Incontinência urinária: Dossier*. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia.

Duthie, E. Paul, P. (2002). *Geriatrics prática* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.

Fabício, S. C. C., Rodrigues, R. A. P., Júnior, M. L. C. (2004). Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Rev. Saúde Pública*, 38(1), 93-99. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18457.pdf>

Feula, F., Souza, J. P., Vidmar, M. F., & Wibelinger, L. M. (2010). Risco de quedas em mulheres idosas. *Rev Inspirar: Movimento e Saúde*, 1 (4 supl.), 114-121. Acedido em http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2010/08/revista_cientifica_inspirar_edicao_4_supl_unochapeco_2010.pdf

Folli, B. (2011). Incontinência urinaria noturna aumenta o risco de quedas. Acedido em 8 de maio de 2013 <http://delas.ig.com.br/saudedamulher/incontinencia-urinaria-noturna-aumenta-o-risco-de-quedas/n1596834631048.html>

Fontes, A. P., Botelho, M. A., & Fernandes, A. A. (2011). Incontinência urinária e funcionalidade: Um estudo exploratório numa população idosa. *Ata*

Urológica. 12-19. Acedido em <http://www.apurologia.pt/acta/2-2011/inc-urin-func.pdf>

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures: Lusociência.

Freitas, E. V., & Py, L (2011). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3^a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Gai, J., Gomes, L., Nóbrega, O. T., & Rodrigues, M. P. (2010). Fatores Associados A Quedas Em Mulheres Idosas Residentes Na Comunidade. *Rev. Assoc Med Bras*, 56(3), 327-332.

Gomes, M. J. (2007). Dossiê: *Saúde*. Dia da Incontinência. Acedido em <http://www.apurologia.pt/pdfs/dossiersaude.pdf>.

Gomes, G. (2009). *Incontinência Urinária de Esforço nas mulheres pertencentes ao programa de saúde na família de Dourados: Prevalência, fatores de risco e impacto de vida* (tese de mestrado). Brasília.

Gontijo, K. C. P. (2011). *Proposta de intervenção na prevenção de quedas dos idosos no ambiente domiciliar* (Trabalho final de especialização). Universidade Federal de Minas Gerais.

Gray, M., Moore, K. N. (2012). *Cuidados de enfermagem em urologia no adulto e na criança*. Loures: Lusociência.

Guimarães, J. M. N., & Farinatti, P. T. V. (2005). Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(5), 299-305. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v11n5/27593.pdf>

Higa, R., & Lopes, M. (2005). Fatores associados com incontinência urinária na mulher. *Rev Bras Enferm*, 58(4), 422-428.

Higa, R., Baena, M. H. B. M., & Reis, M. J. (2008). Fatores de risco para incontinência na mulher. *Rev. Esc Enferm USP*, 42(1), 187-192.

Hortonedo Blanco, E. (Coord.) (2007). *Síndromes geriátricas*. Lisboa: Revisfarma.

Incontinência urinária. (2013). Acedido em http://medicosdeportugal.saude.sapo.pt/utentes/doencas_urologicas/dossier_incontinencia_urinaria

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação portuguesa das profissões: 2010*. Lisboa INE.

Yip, S., K. & Cardozo (2007). Psychological morbidity and female urinary incontinence. *Pract. Rev. Clin. Obstet. Gynaecol.* 21:2, 321-329.

Lopes, T., Vale, P., Monteiro, L. A., Gomes, M. J., Silva, C., Santos, P. M. V., ... Vasco, P. (2007). *Dia da incontinência urinária* <http://www.apurologia.pt/pdfs/dossiersaude.pdf>.

Lord, S., Sherrington, C., Menz, H., & Close, J. (2007). *Falls in older people: Risk Factors and Strategies for prevention* (2nd ed.). Cambridge: University Press.

Loureiro, L. S. N., Medeiros, A. C. T., Fernandes, M. G. M., & Nóbrega, M. M. L. (2011). Incontinência Urinária em mulheres idosas: Determinantes, consequências e diagnósticos de enfermagem. *Rev Rene*, 12(2), 417-423.

Machado, T. R., Oliveira, C. J., Costa, F. B. C., & Araújo, T. L. (2009). Avaliação da presença do risco para quedas em idosos. *Revista electrónica de Enfermagem*, 11(1), 32-38. Acedido em 9 de novembro de 2012, <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm>

- Maroco, J. (2003). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, J., Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Mascarenhas, T. (2013). *Incontinência urinária: Dossier*. Lisboa: Associação Portuguesa de Urologia.
- Mendes, S. (2008). *Avaliação risco de dependência funcional em pessoas idosas* (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro. Acedido em 24 de outubro de 2012, <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3283/1/2009000498.pdf>
- Moreira, M. D., Costa, A. R., Filipe, L. R., Calda, C. P. (2007). Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir dos diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatoriamente. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(2), 1-7. Acedido em 9 de novembro de 2012, http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a18.pdf
- Moriguti, J. (2007). *Atualizações diagnósticas e terapêuticas em geriatria*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Nazarco, L. (2007). The impact of medication on falls. *Nursing & Residential Care*, 9(5), 208-211.
- Netto, P. M. O. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nogueira, A. L. (1996). Abordagem da doente com incontinência urinária. *Revista de Obstetrícia e Ginecologia*. 8, 296-301.
- Norton, P., & Brubaker, L. (2006). Urinary incontinence in women. *Lancet*, 367(9504), 56-57.

- Nunes, P. (2010). *Diagnóstico de incontinência urinária feminina*. Acedido em http://www.apnug.pt/docs/docs/diagnostico_de_incontinencia_urinaria_feminina.pdf
- Onaga, J. K., D'Elboux, D. M. J. (2007). Quedas em idosos: principais causas e consequências. *Saúde Coletiva*, 4(17), 148-153.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *OMS destaca quedas como segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional no mundo*. Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/quedas+oms.htm>
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice*. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- Perracini, M. R. (2005). *Prevenção e manejo de quedas*. Acedido em <http://www.pequi.iv.org.br/portal/quedas>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portaria n.º256/2005. (2005, Março 16). Aprova a Classificação Nacional das Áreas de Educação e Formação (CNAEF). *Diário da República*, 1(53), 2281-2313.

- Portugal, Direcção Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS.
- Portugal, Direcção Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional para a Saúde de pessoas Idosas: Prevenção dos Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde. (2012). *Programa nacional de prevenção de acidentes: Projeto COM MAIS CUIDADO, de prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas: Manual e formulário de candidatura*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.dgs.pt/?cr=23102>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2013). *Semana da Incontinência Urinária*. Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/incontinencia+urinaria.htm?WBCMODE=PresentationUnpublished>
- Programa Nacional de Prevenção de Acidentes: “*Projeto com mais cuidado, prevenção de acidentes domésticos com pessoas idosas*.” (2012). Lisboa.
- Ramos, M. S. (2007). Dossiê: *Saúde*. Dia da Incontinência. Acedido em <http://www.apurologia.pt/pdfs/dossiersaude.pdf>.
- Ribeiro, A. P., Souza, A. C., Atie, S., & Schilithz, A. O. (2008). A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciencia e Saúde*, 13(4), 1265-1273.
- Rodrigues, S. F. N. M. (2011). *Estudo de adaptação e validação do King's Health Questionnaire a mulheres com incontinência urinária de esforço* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto. Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62295/2/FINAL.pdf>
- Ronaldo de Freitas, Silvana Sidney Costa Santos, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Marília Egues da Silva, Marlene Teda Pelzer (2011). Cuidado de enfermagem para prevenção de quedas em idosos: proposta para acção. *Rev Bras Enferm*, 64(39), 478-485.

- Sampieri, H. R., Fernández C. C., & Baptista L., P. (1997). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Sampieri, R. H. (2003). *Metodología de la investigación* (3ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Saraiva, D. M. R. F. (2008). Quedas: indicador de qualidade assistencial. *Nursing*, 18(235), 28-35.
- Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Cuidador do idoso: dificuldades dos familiares*. Coimbra: Formasau.
- Silva, J. V. (2009). *Saúde do idoso: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iatria.
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (2008). *Quedas em idosos: Prevenção*. Acedido em http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf
- Tamanini, J.T.N. (2004). Validação para o Português do "International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form". *Revista de Saúde Pública*. vol.38,3, 438-444.
- Teixeira, M. A. (2011). *Causas da incontinência urinária em idosos* (Trabalho final de graduação). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Temido, P., Borges, R. (2012). *Urologia em medicina familiar: Bexiga hiperactiva*. 3-25. Acedido em http://www.apurologia.pt/medicina_familiar/med-fam-bex-hiperact.pdf
- Neto, T. (2005). *Relação entre alcance funcional e quedas no indivíduo muito idoso institucionalizado* (Monografia final de curso). Barcarena: Universidade Atlântica, Escola Superior de Saúde.

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Santos Silva, & J. Madureira Pinho (Eds),
Metodologia das ciências sociais. Porto: Edições Afrontamento.

ANEXOS / APÊNDICES

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Mestrado pedimos a vossa colaboração no preenchimento deste questionário subjacente ao tema “*Risco de Quedas em Mulheres Idosas com Incontinência Urinária Residentes na Comunidade*”. Todos os dados facultados serão tratados de forma anónima.

Caracterização sociodemográfica

1. Idade: _____ anos
2. Estado Civil: Solteir Casada/ União de Facto Divorciada/ Separada Viúva
3. Que estudos tem? Não sei ler nem escrever Só sei ler e escrever 1º Ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe 2º Ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório 3º Ciclo de ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus Ensino Superior
4. Qual a sua situação perante o trabalho? Trabalha por conta própria Inactivo/ Reformado Trabalha por conta de outrem
5. Qual é a sua profissão? (Se estiver desempregada ou reformada, a sua última profissão) _____
6. Área de Residência: Aldeia Vila Cidade
7. Actualmente onde vive? Casa própria Casa arrendada Casa de familiares Lar Outro. Qual? _____
8. Actualmente vive com? Sozinho Esposo/Companheiro Filhos / Netos Irmão(ã) Outros. Quem? _____

Caracterização obstétrica

9. Peso: _____ kg
10. Altura: _____ cm
11. Número de vezes que esteve grávida: _____ 12. Número de filhos: _____
12. Tipo de Partos: Normal Ventosa Fórceps Cesariana
13. Quantas horas esteve em trabalho de parto: 1º filho _____ horas; 2º filho _____ horas; 3º filho _____ horas
14. Teve alguma laceração, rasgadura, corte durante os seus partos? Não Sim
15. Teve filhos com o peso superior a 4Kg? Não Sim ; Se sim, quantos filhos com peso >4Kg? _____
16. Local do parto? Hospital Casa Em casa e no Hospital Outro local _____

Caracterização clínica

17. Qual o motivo pelo qual recorreu ao serviço de saúde? _____
18. Tem uma ou mais doenças há mais de 3 meses? Não Sim. Indique qual: _____
19. Quantos medicamentos diferentes toma há mais de três meses? (Incluindo medicamentos de venda-livre e suplementos vitamínicos/minerais/herbais) _____ Quais? _____

Caracterização ginecológica

22. Há quantos anos perde urina? _____ Anos _____ Meses
23. Tem infecções urinárias frequentes? Não Sim ; Se sim, quantos episódios no último ano? _____
24. Tem infecções vaginais / dermatites vaginais frequentes? Não Sim Se sim, quantos episódios no último ano? _____
25. Já fez cirurgias para a correção da incontinência urinária? Não Sim Se sim, há quanto tempo? _____ Anos _____ Meses
26. Número de micções durante o dia? _____ 26. Número de micções durante a noite? _____
27. Usa pensos absorventes? Não Sim ; Se sim, quantos nas 24 horas? _____
28. Associa o início de perda de urina a algum momento da sua vida? Não Sim
29. Costuma transportar pesos superiores a 3Kg? Varias vezes por dia Uma vez por dia Duas a três vezes por semana Uma vez por semana De 15 em 15 dias Uma vez por mês Nunca
30. Sofre de obstipação? Não Sim

Impacto de Incontinência Urinária – ICIQ-SF Short Form

1. Com que frequência perde urina? Nunca Uma vez por semana Duas a três vezes por semana Uma vez ao dia Diversas vezes ao dia O tempo todo
2. Quanta urina pensa que perde? Nenhuma Pequena quantidade Moderada quantidade Grande quantidade
3. Em geral, o perder de urina interfere na sua vida? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere)
Não interfere muito 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Interfere
4. Quando perde urina? Nunca Perco antes de chegar à casa de banho Perco quando tusso ou espirro Perco quando estou a dormir Perco quando estou a fazer actividade física Perco quando terminei de urinar e estou-me a vestir Perco sem razão óbvia Perco o tempo todo

Actividades Instrumentais de Vida Diárias de Lawton e Brody

1. Capacidade para usar o telefone:
- 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc.
 - 2. Marca alguns números que conhece bem
 - 3. Atende o telefone mas não marca números
 - 4. Não usa o telefone
2. Fazer compras:
- 1. Faz as compras que necessita sozinho
 - 2. Compra sozinho pequenas coisas
 - 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra
 - 4. Incapaz de fazer compras
3. Preparar refeições:
- 1. Planeia, prepara e serve refeições adequadas, sozinho
 - 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários
 - 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada
 - 4. Necessita de refeições preparadas e servidas
4. Cuidar da casa:
- 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”)
 - 2. Realiza tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama
 - 3. Realiza tarefas domésticas diárias mas não mantém um nível aceitável de limpeza
 - 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
 - 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica
5. Lavar a roupa:
- 1. Lava toda a sua roupa
 - 2. Lava pequenas peças de roupa
 - 3. É incapaz de lavar a sua roupa
6. Modo de transporte:

- 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria
 - 2. Não usa transportes públicos, excepto táxi
 - 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado
 - 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro
 - 5. Incapaz de se deslocar
7. Responsabilidade pela própria medicação:
- 1. Toma a medicação nas doses e horas correctas
 - 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros
 - 3. É incapaz de tomar a medicação
8. Habilidade para lidar com o dinheiro:
- 1. Resolve problemas monetários sozinho, como: passar cheques, pagar a renda
 - 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efectuar compras maiores
 - 3. Incapaz de lidar com o dinheiro

Avaliação do Risco de Quedas

Escala de Avaliação do Risco de Quedas de Morse:		Pontos	Score
História de Quedas nos últimos 3meses	Não	0	
	Sim	25	
Diagnóstico Secundário	Não	0	
	Sim	15	
Ajuda na Mobilização			
Acamado/Repouso no leito		0	
Bengala/Andarilho/Canadiana		15	
Aparelho/Equipamento		30	
Terapia Endovenosa	Não	0	
	Sim	20	
Marcha			
	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0	
	Lenta	10	
Alterada/Cambaleante		20	
Estado Mental			
	Orientado	0	
Desorientado/Confuso		15	
		TOTAL	

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 2. Pedido de autorização ao Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões para aplicação dos questionários.



Enviada cópia ao SAD

23/5/2013

22-5-2013

01.06.05 1558

W

5-104

02:36:19/06/21 11:50

Exmº Senhor:
Professor Doutor Carlos Pereira
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Instituto Politécnico de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500 – 843 VISEU

Vossa referência
Proc. 70

Vossa comunicação:
Of. 402 de 07-05-2013

Nossa referência:
R. Humanos

Data:

Assunto: **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFETUAR COLHEITA DE DADOS**

Relativamente ao assunto acima indicado, vimos informar Vª Exª que por meu despacho de 13 de Maio próximo passado, é autorizada a recolha de dados pretendida.

Com os melhores cumprimentos. *perreira*

perreira
24.5.2013

O DIRETOR EXECUTIVO

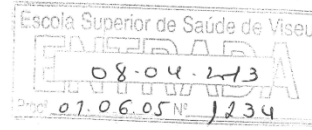
(José Armando Marques Neves Dr.)

AFL/FQ



Agrupamento de Centros de Saúde de Dão Lafões
Av. António José de Almeida – 3511-514 VISEU
Telefone: 232419900 « » Fax: 232421110 « » E-mail: secret@srsviseu.min-saude.pt

Anexo 3. Pedido de autorização à Comissão de Ética.



Exmo. Sr.
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Professor Doutor Carlos Pereira
R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 VISEU

Assunto: PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Paula Margarida Ribeiro Gonçalves Carvalho do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária estão a realizar um estudo subordinado ao tema "**Determinantes do risco de quedas em idosas residentes na comunidade Campo/Caramulo**".

O interesse na compreensão do risco acrescido de quedas nas pessoas com mais de 65 anos, e a necessidade da intervenção dos profissionais de saúde dirigida para a promoção da segurança e prevenção dos acidentes com pessoas idosas que vivem na comunidade tem sido crescente. Existe neste âmbito, evidência científica de forma a identificar o grau de efetividade das intervenções preventivas das quedas com pessoas idosas, no entanto há necessidade de identificar os indivíduos em risco. Apontam-se como fatores de risco individual de queda: a idade, a história de quedas, problemas de mobilidade, a incontinência urinária, entre outros. Pretende-se com este estudo avaliar os fatores de risco de quedas e sua relação com a incontinência urinária nas mulheres com mais de 65 anos.

A recolha de informação será efectuada na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Campo/Caramulo, no período de abril a maio de 2013. A mestranda será responsável pela aplicação do questionário de heteropreenchimento às utentes utilizadoras da Unidade de Saúde.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª que se digne pronunciar a observância e promoção dos padrões de ética no âmbito desta investigação.

Em anexo, enviamos um exemplar do Questionário e da Síntese de Projeto de Relatório Final.

Mais informamos que a Professora Doutora Cláudia Chaves e a Professora Ana Andrade são as responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

Escola Superior de Saúde de Viseu, 8 de abril de 2013

A Investigadora Principal,

Cláudia Margarida Correia Balula Chaves
(Cláudia Margarida Correia Balula Chaves)

A
COMISSÃO DE ÉTICA

08-04-2013

